



V-148 - SADI-S 250: ANASTOMOSIS MECÁNICA VS ANASTOMOSIS MANUAL.

Pinillos, Ana¹; Picazo, Sara²; Camarero, Enrique²; Saez, Carlos²; Talavera, Pablo²; Rubio, Miguel Angel²; Sánchez -Pernaute, Andres²; Torres, Jose Antonio²

¹Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida; ²Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción: Actualmente la obesidad se considera un grave problema de salud en todo el mundo. Aproximadamente el 50% de la población tiene sobrepeso u obesidad. La cirugía bariátrica es uno de los tratamientos más efectivos para el control del peso y de las enfermedades asociadas a la obesidad. Existen numerosas técnicas quirúrgicas para el tratamiento de la obesidad, sin embargo no existe un “Gold Estándar”. En 2007, Sánchez-Pernaute introdujo una nueva técnica quirúrgica, que consistía en una modificación del cruce duodenal: el bypass duodeno-ileal con gastrectomía vertical en una sola anastomosis (SADI-S). El SADI-S nació con el objetivo de simplificar un técnica compleja. Reduce el tiempo quirúrgico, el riesgo postoperatorio de fuga y otras complicaciones, y además evita la apertura del mesenterio. En nuestro centro, desde su inicio se ha realizado la anastomosis de manera manual, empezando a realizarla de manera mecánica en el último año. El objetivo del vídeo es presentar una comparación entre la realización de la anastomosis manual y mecánica por vía laparoscópica y sus aspectos técnicos.

Casos clínicos: Presentamos 2 casos, el primero una paciente mujer de 32 años con antecedentes médico-quirúrgicos de SOP, hernia de hiato y colelitiasis con cólicos biliares de repetición. Obesidad grado III con un IMC de 51,2. A esta paciente se le realiza un SADI-S 250 con anastomosis mecánica más colecistectomía laparoscópica. El segundo paciente es un varón de 47 años con antecedentes de Diabetes mellitus tipo II, SAOS, apendicectomía y hernioplastia umbilical. También con obesidad grado III, con un IMC de 45. Se realiza SADI-S 250 con anastomosis manual laparoscópico. En ambos casos, se realiza en primer lugar una gastrectomía vertical con Signia 60 cargas negras y moradas calibrada sobre sonda de Foucher nº54. Disección de la primera porción duodenal hasta la arteria gastroduodenal y sección de la misma con Signia 60 carga violeta. Posteriormente se localiza el asa ileal a 250 cm de la válvula ileo-cecal, realizando a este nivel, la anastomosis duodeno-ileal: en un caso manual biplano con sutura barbada (v-lock) 4/0 y en el otro caso mecánica con Signia carga 45 carga y sutura del defecto manual biplano con v-lock 4/0. Comprobación de estanqueidad con azul de metileno, sin evidenciarse fuga en ambos casos. Se deja drenaje perianastomótico en los 2 pacientes. En ambos casos el postoperatorio transcurrió sin incidencias, siendo dados de alta a las 72 horas.

Discusión: Dadas las características de los pacientes con obesidad mórbida es fundamental reducir el índice de complicaciones, en especial la fuga anastomótica. Para ello es imprescindible la correcta realización de la anastomosis, ya sea de forma manual o mecánica con sutura manual del defecto. Según nuestra experiencia, parece que ambas técnicas son equiparables en cuanto a complicaciones y tiempo quirúrgico.