



O-330 - SADI-S COMO ALTERNATIVA TRAS FRACASO DE CIRUGÍA BARIÁTRICA PRIMARIA. ESTUDIO DESCRIPTIVO

Picazo Marín, Sara; Pañella Vilamú, Clara; López Antoñanzas, Leyre; Sáez Rodríguez, Carlos; Hernández Pérez, Carmen; Rubio, Miguel Ángel; Sánchez Pernaute, Andrés; Torres García, Antonio José

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La técnica single anastomosis duodenoileal *bypass-sleeve* (SADI-S) se ha establecido como cirugía primaria para la obesidad mórbida por sus buenos resultados en pérdida de peso y resolución de las comorbilidades a largo plazo. No obstante, queda por determinar su papel como técnica revisional. El objetivo principal es realizar un análisis descriptivo preliminar del SADI-S como técnica secundaria ante el fracaso por reganancia ponderal o complicaciones derivadas de la primera cirugía.

Métodos: Análisis descriptivo de 11 casos intervenidos de gastroplastia vertical anillada (GVA) y *bypass* gástrico (BPG) en el periodo de 1993-2013, reintervenidos para cirugía de conversión a SADI-S desde 2009-2021.

Resultados: Se han analizado un total de 11 pacientes (90,9% mujeres) con una edad mediana de 42 (23-50) años. Las comorbilidades observadas previas a la primera cirugía bariátrica eran: el 27,3% de hipertensión arterial, el 27,3% tenían glucemia alterada y el 18,2% tenían SAHS. Del total de pacientes estudiados, 5 fueron intervenidos de GVA (45,5%) y 6 de BPG (54,5%). El IMC mediano previo a la técnica primaria fue 45 (38-81) Kg/m². En el seguimiento tras la primera intervención, el IMC mínimo mediano fue 29,5 (19,9-35,2) Kg/m². El motivo principal de conversión a SADI-S fue la reganancia ponderal (90,9%). En el 81,8% de los casos se realizó un SADI-S a 250 cm de la válvula ileocecal y el 63,6% se realizó la gastrectomía vertical en un mismo tiempo quirúrgico. La anastomosis duodeno-ileal fue manual en la mayoría de los casos (81,8%). El abordaje en el 63,6% de los casos fue laparoscópico. Con el objetivo de simplificar la técnica de conversión de BPG a SADI-S, en el 83,3% de los casos se resecó el asa alimentaria y, de esa manera, disminuir el número de anastomosis totales. El IMC mediano preSADI-S fue de 36,9 (24,7-47,7)Kg/m², consiguiendo un descenso significativo de IMC a los 12 y 24 meses de 29,6 (21-40,2) y 28,8 (19,7-40,2) Kg/m², respectivamente ($p = 0,025$). La incidencia global de complicaciones a los 30 días de la cirugía fue de 27,3%, grado I/II de la clasificación Clavien-Dindo. No hubo diferencias significativas entre número de complicaciones posoperatorias, clasificación de Clavien-Dindo, reintervención o el IMC posoperatorio a los 12 y 24 meses en relación a la conversión de la técnica primaria a SADI-S, en 1 o 2 tiempos. Solamente, hubo significación estadística en los días de ingreso, siendo más prolongado en los casos que se hizo la gastrectomía en el mismo acto quirúrgico, 7 (5-37) vs. 4 (3-6) días, $p = 0,033$.

Conclusiones: El SADI-S como revisional no conllevó mortalidad ni reintervención. Además, consiguió un descenso de IMC significativo a los 2 años de seguimiento. Realizar la gastrectomía vertical en el mismo acto quirúrgico conlleva solo un aumento significativo de días de ingreso. No obstante, creemos que el

SADI-S en dos tiempos, permitiría realizar primero una anastomosis duodeno-ileal con seguridad sobre tejido virgen y, en un segundo tiempo, si fuera necesario, la gastrectomía vertical. En definitiva, el SADI-S como técnica de revisión es segura, pero es necesario una muestra estudio mayor y un seguimiento a largo plazo para poder confirmar dichos resultados.