



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## O-155 - EXPERIENCIA A LARGO PLAZO TRAS 1000 CIRUGÍAS BARIÁTRICAS HIPOABSORTIVAS EN UN CENTRO DE ALTO VOLUMEN

Merino de Villasante, David; Sobrino, Lucia; Ginot, Inés; Lazzara, Claudio

Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

### Resumen

**Introducción:** Las técnicas de cirugía bariátrica hipoabsortiva, específicamente el cruce duodenal (DS) y el cruce duodenal en una anastomosis (SADI-S) representan opciones quirúrgicas avanzadas en el tratamiento de la obesidad mórbida. Estos procedimientos combinan mecanismos restrictivos y malabsortivos, ofreciendo resultados superiores en cuanto a pérdida de peso sostenida y resolución de comorbilidades metabólicas.

**Objetivos:** Estudiar los resultados en pérdida de peso, remisión de comorbilidades, complicaciones y déficits nutricionales tras mil pacientes intervenidos de cirugía bariátrica hipoabsortiva con técnicas como el DS y el SADI-S en el Hospital Universitari de Bellvitge en el periodo de 2010 hasta la actualidad.

**Métodos:** Revisión retrospectiva, unicéntrica, de una serie de mil pacientes sometidos a DS y SADI-S por obesidad mórbida en un centro de alto volumen. Se analizaron variables demográficas, antropométricas, comorbilidades preoperatorias y evolución posoperatoria, incluyendo complicaciones según la clasificación Clavien-Dindo y resultados a corto y medio plazo.

**Resultados:** Mil pacientes se sometieron a DS ( $n = 477$ ) o SADI-S ( $n = 524$ ). El IMC preoperatorio medio fue de  $52,73 \pm 6,95 \text{ kg/m}^2$  para DS y  $50,66 \pm 6,20 \text{ kg/m}^2$  para SADI-S. La prevalencia de diabetes mellitus fue similar en ambos grupos (38,7% DS vs. 37,4% SADI-S), al igual que la hipertensión arterial (58,6% en ambos grupos) y la dislipemia (35,4% DS vs. 36,6% SADI-S). La apnea obstructiva del sueño fue más frecuente en el grupo DS (63,0 vs. 58,9% SADI-S). Las complicaciones posoperatorias fueron ligeramente superiores en DS (13,3 vs. 10,2% SADI-S). Las reintervenciones y readmisiones fueron más frecuentes en DS (8,1% y 7,9% respectivamente) que en SADI-S (5,8% y 5,0% respectivamente). El seguimiento posoperatorio completo fue adecuado en ambos grupos (98,8% DS y 99,6% SADI-S). La incidencia de complicaciones posoperatorias es similar, siendo ligeramente superior en el DS (13,3% DS vs. 10,2% SADI-S), con mortalidad también similar, 2 pacientes en DS (0,4%) y 1 en SADI-S (0,2%).

**Conclusiones:** DS y SADI-S mostraron tasas similares de comorbilidades preoperatorias, con ligeras diferencias en la incidencia de complicaciones posoperatorias. El DS presentó más reintervenciones y readmisiones. Ambas técnicas mostraron buenos resultados en cuanto a la pérdida de peso y la resolución de comorbilidades. El balance riesgo-beneficio debe considerarse individualmente según el perfil del paciente y sus comorbilidades, siempre realizando la técnica en un centro de referencia. Es importante destacar que ambos procedimientos requieren un seguimiento nutricional estricto a largo plazo y un equipo multidisciplinar experimentado para optimizar los resultados y minimizar las complicaciones potenciales.