



## O-246 - RESULTADOS A MEDIO PLAZO DEL BYPASS DUODENO-ILEAL EN UNA SOLA ANASTOMOSIS COMO SEGUNDO TIEMPO TRAS GASTRECTOMÍA VERTICAL (SADI-S SECUENCIAL)

Hidalgo Pujol, Marta; Balibrea del Castillo, José María; Vilallonga Puy, Ramón; Caubet Busquet, Enric; González López, Óscar; Ciudin, Andreea; Fort López Barajas, José Manuel; Armengol Carrasco, Manuel

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

### Resumen

**Objetivos:** El bypass duodeno ileal en una anastomosis (SADI) proporcionaría las ventajas de una derivación biliopancreática pero con menor dificultad técnica habiendo demostrado excelentes resultados a medio plazo. La experiencia empleándolo como segundo tiempo tras fracaso de la gastrectomía vertical (GV) o como estrategia secuencial en superobesos es escasa. Presentamos nuestra serie de casos con derivación duodeno-ileal en un segundo tiempo, evaluando los resultados a medio plazo, y analizando el impacto de cada etapa por separado, así como intentando identificar aquellos factores predictores de pérdida ponderal adecuada.

**Métodos:** Estudio descriptivo observacional sobre recogida de datos prospectiva de pacientes intervenidos de SADI tras GV a los 6, 12, 18 y 24 meses. Se plantea además análisis de variaciones en la tendencia (Skillings-Mack) e identificación de respuesta óptima (pérdida ponderal (PP)  $> 1,2$  kg/mes, IMC final  $35$  kg/m $^2$  y exceso de peso perdido (EPP)  $> 50\%$ ) mediante chi-cuadrado y Kruskal-Wallis según correspondiera. Se consideró significativo un intervalo de confianza del 95%.

**Resultados:** De marzo 2010 a diciembre 2015, 30 pacientes fueron sometidos a SADI tras GV. El 73,3% eran mujeres, edad media de 47,83 años y peso medio previo a GV 132,4 kg, IMC 51,9 kg/m $^2$  y exceso de peso (EP) 76 kg. Peso medio previo SADI fue 104,4 kg, IMC medio de 40,1 kg/m $^2$  y EP medio de 44,7 Kg. No se presentaron complicaciones intraoperatorias. Se produjeron 2 fugas anastomóticas (6,6%), requiriendo reintervención con resutura primaria. Estancia hospitalaria media 3,5 días. Tiempo entre GV y SADI 30,27 meses. Inicialmente la anastomosis se realizó a 250 cm de la válvula ileocecal en 18 pacientes, presentando 4 malnutrición grave y requiriendo proximalización (duodeno-yejunostomía); en subsiguientes intervenciones se realizó a 300 cm. Tras SADI en comparación con la GV se aprecia un descenso más agudo y más prolongado en el tiempo de la PP (hasta los 18 meses vs 12 meses; valor de p para la prueba de interacción = 0,002). IMC a los 12 meses del SADI 31,46 Kg/m $^2$ , EPP medio desde la realización de SADI 60,9% y EPP global del 73%, objetivándose una probabilidad de presentar una respuesta óptima significativamente mayor en pacientes jóvenes. Se requirió suplementación con vitB12, calcio y Vit D3 en el 100% de los pacientes, ácido fólico 62,5%, hierro y multivitamínicos 50%. 14 pacientes eran diabéticos (46,7%), 18 hipertensos (60%) y 16 dislipémicos (53%). Tras GV la tasa de remisión completa fue del 50%, 33,3% y 25% respectivamente. De los pacientes con persistencia de comorbilidades tras la GV se consiguió, con el SADI, la resolución completa del 66% de DM tipo 2, 50% de hipertensión y 53% de dislipidemia.

**Conclusiones:** La adición de un procedimiento malabsortivo como es el SADI tras GV aporta una pérdida ponderal añadida significativa que se prolonga en el tiempo. Aunque la resolución de comorbilidades es aceptable, la aparición de complicaciones nutricionales severas no es excepcional, especialmente cuando la anastomosis se realiza a menos de 250 cm de la válvula ileocecal, motivo por el cual es crucial una cuidadosa selección de pacientes así como un seguimiento exhaustivo.