



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

## P-464 - MORTALIDAD POR FALLO HEPÁTICO FULMINANTE EN UNA SERIE DE 315 PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA

J.M. Pacheco García, M.Á. Mayo Ossorio, A. Bengoechea Trujillo, D. Pérez Gomar, M. Fornell Ariza, S. Roldán Ortiz, M.J. Castro Santiago y J.L. Fernández Serrano

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

### Resumen

**Objetivos:** La obesidad mórbida es un factor de riesgo para numerosas enfermedades incluidas las enfermedades hepáticas. Aunque el tratamiento quirúrgico es eficaz en la reducción del peso, sus efectos sobre el hígado no se han establecido convincentemente. El fallo hepático agudo (FHA) es una enfermedad poco común pero catastrófica, con una mortalidad de hasta el 85%. Presentamos 2 casos de pacientes intervenidas de cirugía bariátrica y que presentaron un fallo hepático fulminante a largo plazo con resultado de muerte.,

**Métodos:** Desde enero de 2005 a enero de 2014 se han intervenido 315 pacientes de obesidad mórbida. 77% mujeres y 23% hombres, con edad media de 39,55 (20-60) e Índice de masa corporal (IMC) medio de 50,49 (35-73). Se realizaron 140 bypass distales y 84 proximales, 30 bypass gástrico de una anastomosis y 61 gastrectomías verticales. De estos pacientes presentaron fallo hepático fulminante 2 pacientes con bypass gástrico distal. Caso clínico 1: mujer de 36 años intervenida de obesidad en 1995 con gastroplastia vertical anillada con IMC 52,5 que tras reganancia ponderal posterior se realiza cirugía de revisión en 2009 realizándose by-pass gástrico distal. Caso clínico 2: mujer de 42 años intervenida de obesidad en 2009 mediante bypass gástrico distal con IMC de 51 y colocación de malla de composix. A los 3 años con buena pérdida ponderal presenta absceso de pared por fístula enterocutanea y se interviene quirúrgicamente extrayéndose la malla, identificándose dos fístulas en asa alimentaria y común que se extirpan y se realiza nueva anastomosis.

**Resultados:** Caso clínico 1: a los 2 meses de la cirugía de revisión inicia cuadro de vómitos secundarios a estenosis de Anastomosis gastroyeyunal que se trata mediante dilatación, y cuadro de ictericia progresiva, ascitis y encefalopatía por fallo hepático fulminante con resultado de muerte. Caso clínico 2: en el postoperatorio inmediato inicia incremento del debito del drenaje así como ascenso de enzimas de citolisis hepática y coagulopatía. Se reinterviene por sospecha de fuga anastomótica y sepsis abdominal, desarrollando fallo hepático fulminante con coagulopatía y encefalopatía que se trata mediante sistema MARS, falleciendo a las 4 horas de la instauración de la terapia. La mortalidad por fallo hepático fulminante en nuestra serie fue de 0,6 (2 casos).

**Conclusiones:** Si bien las técnicas de cirugía bariátrica actuales se consideran, seguras se han presentado casos de fallo hepático, sin estar claro si esto se relacionaría con la progresión de una esteatohepatitis preexistente, o bien a otros factores favorecedores relacionados con la cirugía. De los tratamientos disponibles, el trasplante hepático ortotópico de emergencia es una de las mejores intervenciones. Han

aparecido nuevos métodos de soporte hepático extracorpóreo y que se conocen como hígados bioartificiales. En el caso de nuestras pacientes la evolución fue fatal desencadenando la muerte de ambas. En ambos casos presentaron shock séptico con cultivos de líquido ascítico positivo a multiresistentes, y ambas presentaron cirugías de revisión. Lamentablemente se desconocen los factores que pueden influir en que ocurran este tipo de complicaciones, y probablemente será motivo de estudios futuros.