



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-332 - PERSISTENCIA DE DESNUTRICIÓN CALÓRICO-PROTEICA TRAS ALARGAMIENTO DE ASA COMÚN EN CRUCE DUODENAL

A. Prat Calero, A. Martínez Moreno, P. Cascales Sánchez, M. Abad Martínez, B. Moreno Flores, G. Bueno Blesa, S. Usero Rebollo y E. García Blázquez

Hospital General Universitario de Albacete, Albacete.

Resumen

Introducción: La desnutrición calórico-proteica (DCP) es probablemente la complicación más grave a largo plazo en todas las técnicas de cirugía bariátrica con componente malabsortivo, siendo excepcional en las exclusivamente restrictivas. Existen varias soluciones quirúrgicas para estos pacientes, la mayoría de las veces son definitivas pero hay casos en los que la persistencia de la DCP obliga a reconstruir el tránsito en su trayecto normal dejando únicamente el componente restrictivo.

Caso clínico: Mujer de 40 años, HTA, DM, SOP, con IMC = 43,58 que es intervenida de cruce duodenal laparoscópico con asa común de 100 cm. A los 9 meses presenta IMC = 30 y precisa de reintervención por DPC que no responde a tratamiento médico. Se realiza alargamiento laparoscópico de asa común a 200 cm. A los 6 meses de la reintervención persiste DCP con mal manejo médico e IMC = 25,6 por lo que se reinterviene realizando reconstrucción del tránsito gastroduodenal por laparotomía. Actualmente se encuentra en el primer mes postoperatorio, asintomática y sin reganancia de peso.

Discusión: Hay que sospechar DCP en todo paciente que haya sido intervenido con técnicas malabsortivas que presente anemia, astenia, anorexia, pérdida excesiva de peso o edemas, ya que es una complicación grave que puede surgir meses o años después de la cirugía inicial. El tratamiento inicial es médico, con suplementos nutricionales. Si con estas medidas no se corrige en 1-2 meses debe plantearse solución quirúrgica que se resumen en tres alternativas: Tipo I: reconstruir el tránsito volviendo el intestino delgado a su situación y funcionamiento normal, con riesgo de una posible reganancia de peso si el componente restrictivo no fuera suficiente. Tipo II: anastomosis latero-lateral entre asa alimentaria y asa biliopancreática a 60-70 cm de la Y-de-Roux para aumentar la zona absortiva, (anastomosis en beso o en X). Tipo III: alargar el asa común moviendo el asa alimentaria > 100 cm por encima del pie de asa. Generalmente es suficiente con la técnica Tipo III, pero si a pesar de ello persiste la DCP como en nuestro caso, estaremos obligados a realizar la Tipo I para evitar complicaciones mayores.