



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-234 - FALLO HEPÁTICO FULMINANTE DESPUÉS DE UNA CIRUGÍA BARIÁTRICA: CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LITERATURA

Otero Romero, Daniel; Gasós García, Miguel; Valero Lázaro, Isabel; Soriano Liébana, Maria del Mar; Lete Aguirre, Noelia; Medina Mora, Laura; Borrego Estella, Vicente Manuel; Palacios Gasós, Pilar

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Resumen

Introducción: La prevalencia de obesidad ha aumentado de forma significativa recientemente lo que ha llevado a que se realicen un mayor número de cirugías bariátricas por su efectividad en la pérdida de peso y en la mejora del perfil metabólico en pacientes obesos. A pesar de los grandes beneficios que aportan estas técnicas, se han observado también algunas complicaciones, entre las que está descrito el fallo hepático sin conocer la incidencia exacta, pudiendo aparecer entre 13 meses y 21 años después de la cirugía. Los mecanismos que dan lugar a un daño hepático tras una cirugía bariátrica no están del todo esclarecidos; sin embargo, diversos estudios proponen como causas la malnutrición, el compromiso de la función de la barrera intestinal, un aumento excesivo de la lipólisis tras una rápida pérdida de peso y un grado avanzado de esteatohepatitis entre otros.

Caso clínico: Nuestra paciente es una mujer de 37 años con obesidad mórbida (IMC actual 53) como único antecedente de interés que se trató fútilmente mediante un *bypass* gastroileal ocho años antes. Ingresa en nuestro hospital por fallo hepático agudo (FHA) sin conseguir establecer la etiología del mismo, descartándose la etiología tóxica, vírica y autoinmune. Es debido a esto que se valora como una opción que sea consecuencia de su antecedente quirúrgico y de la obesidad mórbida. La paciente fue tratada mediante un trasplante ortotópico de hígado urgente. Se planteó la posibilidad de revertir el *bypass* biliopancreático, desestimándose por la inestabilidad y la gravedad de la paciente en el momento del trasplante. En el posoperatorio la paciente presentó una infección por pseudomona multirresistente que impidió una correcta inmunosupresión en momentos puntuales, y una malabsorción del tratamiento inmunosupresor administrado por vía oral de forma inicial y posteriormente de forma sublingual. Ambos factores, influyeron en el desarrollo de un rechazo agudo corticorresistente que obligó a realizar un retrasplante hepático.

Discusión: En la literatura publicada se han descrito distintos grados de disfunción hepática asociada a una cirugía bariátrica previa, pudiendo llegar en ocasiones a presentar un FHA. Esta disfunción hepática está en relación con los distintos tipos de cirugía bariátrica asociándose en mayor medida a los que presentan un gran componente malabsortivo, mientras que es casi nulo en los procedimientos puramente restrictivos. Este problema está bien discutido para el *bypass* gástrico en Y de Roux, la derivación biliopancreática clásica (Scopinaro) o la gastrectomía vertical, mientras que no existe evidencia sobre FHA tras una derivación gastroileal. En la comunicación exponemos la evidencia disponible sobre las peculiaridades del caso clínico, como son los efectos de la cirugía

bariátrica sobre las enfermedades hepáticas, la indicación de asociar la reversión de un *bypass* en el momento del trasplante y, por último, las posibilidades de administración de la inmunosupresión cuando hay malabsorción intestinal y no es posible administrar corticoides.