



# Cirugía Española



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

## P-034 - CIRUGÍA BARIÁTRICA Y MANEJO DE DERIVACIONES DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL IDIOPÁTICA

Trébol López, Jacobo<sup>1</sup>; López Correa, Teresa<sup>2</sup>; Bartol Sevillano, Raquel<sup>2</sup>; Ozalla Romero del Castillo, Fernando<sup>2</sup>; Francos von Hünefeld, Carlos Marcelo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario La Paz, Madrid; <sup>2</sup>Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila.

### Resumen

**Introducción:** La hipertensión intracraneal idiopática es una enfermedad en expansión que afecta frecuentemente a mujeres obesas, ocasionalmente mórbidas. Su tratamiento es principalmente médico reservándose la cirugía para casos refractarios. En pacientes refractarios con obesidades grados II-III, la cirugía bariátrica puede ser una buena opción al resolver el principal factor de riesgo y sus comorbilidades. Presentamos el caso de una obesa mórbida con hipertensión intracraneal y cefalea refractaria, a pesar de una derivación lumboperitoneal funcionante, en la que se realizó una derivación gástrica en Y de Roux exitosa, así como el manejo perioperatorio de la derivación.

**Caso clínico:** Mujer de 42 años con obesidad mórbida (IMC 46,10 kg/m<sup>2</sup>), SAHOS severo, meningoencefalocele frontal, epilepsia idiopática e hipertensión intracraneal idiopática tratada con una derivación lumboperitoneal de presión media con cefalea refractaria. Se plantea cirugía bariátrica por el IMC y por consejo neuroquirúrgico. Se realiza profilaxis antibiótica con piperacilina/tazobactam extendida hasta el alta y desescalada a amoxicilina/clavulánico hasta la retirada de drenajes (9º día). En relación al catéter, se verificó su posición con radiología simple preoperatoria y se clampó cerca de su punta con un Hem-o-lok<sup>®</sup> mediano de 5 mm (Teleflex Medical<sup>®</sup>). Al finalizar la cirugía se desclampó, se verificó la producción de líquido cefalorraquídeo y se dejó donde se encontró protegiéndolo del epiplón. Se realizó un bypass gástrico antecólico y antegástrico con anastomosis mecánicas lineales, la gastroyeyunostomía a 70 cm del Treitz y el pie de asa con 170 cm de asa alimentaria, que duró 3 horas. El manejo anestésico fue encaminado a evitar el ascenso de la presión intracraneal. La cirugía transcurrió sin incidencias salvo crisis hipertensiva que cedió ajustando la medicación anestésica y el postoperatorio transcurrió sin complicaciones (alta al quinto día). Desde las primeras revisiones refiere mejoría franca y posterior resolución de su cefalea. A los 7 meses IMC de 31 (pérdida de 40 kg) y al año IMC 26.

**Discusión:** La cirugía bariátrica puede ser una buena alternativa en pacientes con hipertensión intracraneal idiopática refractaria y obesidades grados II y III. Inicialmente hubo bastante preocupación por el potencial peligro que podría suponer el neumoperitoneo para las derivaciones, si bien ya está demostrado que es totalmente seguro. La literatura publicada de cirugía bariátrica laparoscópica y derivaciones es relativamente escasa. Muchos autores defienden el uso de técnicas que minimizan o anulan la apertura del tracto gastrointestinal, como las bandas ajustables y la gastrectomía tubular. No obstante hay suficiente bibliografía que demuestra la seguridad del bypass gástrico, técnica que efectuamos en nuestra paciente, sobre todo en grupos con experiencia que limitan el tiempo de apertura y potencial vertido. Por tanto la cirugía bariátrica

laparoscópica es segura en pacientes con derivaciones de líquido cefalorraquídeo, aunque hay que tener algunas precauciones como evitar dañar el catéter, limitar el vertido gastrointestinal y vigilancia estricta para detectar signos de hipertensión intracraneal. Aunque existen mecanismos valvulares, clampar el catéter para evitar el ascenso del CO<sub>2</sub> o del contenido intestinal puede ser una buena alternativa.