



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-058 - AMILOIDOSIS RENAL SECUNDARIA A ABSCESO CRÓNICO ABDOMINAL POR FÍSTULA GÁSTRICA CRÓNICA TRAS CRUCE DUODENAL

Duque, Xiomara; Cobarro, José Eloy; Ortiz, Sergio; Estrada, José Luis; Ramia, José Manuel; Gracia, Ester; Ruiz de La Cuesta, Emilio; Carbonell, Silvia

Hospital General Universitario, Alicante.

Resumen

Introducción: La amiloidosis secundaria (AA) es una patología caracterizada por la acumulación de proteínas extracelulares en el seno de otra patología subyacente, como puede ser el caso de una inflamación crónica. La obesidad se ha asociado a dicha patología dada la expresión de amiloide sérico en el tejido adiposo blanco subcutáneo. La sintomatología inicial es inespecífica, siendo la proteinuria un dato sospecho, que en ocasiones precede a la insuficiencia renal. Su diagnóstico es anatomopatológico con biopsias de órganos sospechosos de infiltración o de grasa abdominal. Presentamos un caso clínico de AA asociada a una fístula gástrica cronificada tras un cruce duodenal.

Caso clínico: Mujer, 61 años, con antecedentes de cruce duodenal en 2006 en otro hospital. A los 6 meses, presentó un derrame/empiema pleural izquierdo que precisó varios drenajes hasta su resolución. Consulta actualmente por cuadro de 3 meses de edemas en miembros inferiores, orinas espumosas y pérdida de peso. Durante el estudio se evidencia elevación de reactantes de fase aguda, proteinuria en rango nefrótico e hipotroteinemia. La ecografía abdominal muestra una colección periesplénica y un derrame pleural izquierdo. Se realiza drenaje percutáneo con aislamiento de gérmenes propios de la cavidad orofaríngea, lo que sugiere conexión con tubo digestivo. Se realiza TAC toracoabdominal con gastrografín, gastroscopia y fistulografía por TC en la cual se observa trayecto que conecta el tubo digestivo (a nivel del ángulo de Hiss) hasta la colección. Se coloca sonda nasoyeyunal para nutrición enteral y se trata la fístula por vía endoscópica con legrado del trayecto, colocación de sellante (Glubran®) y sutura del orificio. En el estudio del síndrome nefrótico se encuentra en orina elevación de subunidades *kappa* por lo que ante la sospecha de AA renal se realiza biopsia renal que confirma el diagnóstico. Luego de controlar el foco inflamatorio, la paciente evoluciona satisfactoriamente, mejorando la función renal y la proteinuria. Posteriormente presenta adecuada tolerancia oral, realizándose tránsito esofagogástrico que no evidencia recurrencia de la fístula a los 2 meses del seguimiento.

Discusión: La AA renal es una complicación infrecuente pero grave que puede aparecer en el contexto de un proceso inflamatorio crónico, como una fístula intestinal crónica. La fístula en el ángulo de Hiss puede aparecer en el 2-3% de los pacientes sometidos a un cruce duodenal y su tratamiento suele ser complejo. Existen diferentes opciones terapéuticas, siendo el tratamiento endoscópico mediante prótesis, suturas y pegamentos biológicos la más utilizada. En algunos casos, hay que recurrir a la cirugía, sobre todo cuando se cronifican, aunque en nuestro caso se pudo tratar por vía endoscópica. En la bibliografía revisada, hasta la fecha actual no hemos evidenciado casos de AA asociada a una complicación en paciente bariátrico. Se cree que el proceso inflamatorio crónico de la paciente pudo contribuir al desarrollo de la amiloidosis. No existe

un tratamiento específico para la AA y la supervivencia media es de 4 años. Sin embargo, el control del foco inflamatorio puede mejorar la clínica y aumentar la expectativa de vida.