

# Síndrome de Wernicke-Korsakoff tras gastroplastia vertical anillada como tratamiento de la obesidad mórbida

Gualtero Sanmartín<sup>b</sup>, Dolores Chaparro<sup>d</sup>, Lucila Márquez<sup>d</sup>, Mariano Artés<sup>d</sup>, Juan Gómez<sup>a</sup>, Javier García de Sola<sup>b</sup>, José Luis Rodríguez<sup>a</sup>, Carlos Escamilla<sup>c</sup> y Carmen Terrón<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Jefe de Sección de Cirugía General y del Aparato Digestivo. <sup>b</sup>FEA Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. <sup>c</sup>FEA Servicio de Neurología. <sup>d</sup>Médico Residente de Cirugía General y del Aparato Digestivo. <sup>e</sup>Médico Residente de Neurología. Clínica Puerta de Hierro. Hospital Universitario. Madrid. España.

## Resumen

Presentamos a una paciente de 26 años con obesidad mórbida, a la que realizamos colecistectomía profiláctica, biopsia hepática, gastroplastia vertical anillada con banda de polipropileno (7 cm de largo, adosada 1,5 cm, quedando una neoboca de 5,5 cm y 1,5 cm de ancho), sección del estómago vertical con GIA y sutura de refuerzo. Durante el postoperatorio presentó regurgitación, dificultad para la alimentación y vómitos alimentarios. Reingresó por un cuadro neurológico agudo: encefalopatía, oftalmoplejía, confusión mental y estupor.

Se encuadra dentro del síndrome de Wernicke-Korsakoff, como consecuencia de déficit alimentario, disminución de tiamina y adelgazamiento rápido.

Se instauró tratamiento con nutrición parenteral total y altas dosis de tiamina, con lo que la paciente se recuperó al poco tiempo de su reingreso en el hospital, siendo seguida en el Servicio de Neurología de este centro.

**Palabras clave:** Obesidad mórbida. Gastroplastia vertical anillada.

## WERNICKE-KORSAKOFF SYNDROME AFTER VERTICAL BANDED GASTROPLASTY IN THE TREATMENT OF MORBID OBESITY

We present a 26-year-old female patient with morbid obesity who underwent prophylactic cholecystectomy, liver biopsy, vertical banded gastroplasty with polypropylene band (7 cm long, placement 1.5 cm, with an opening of 5.5 cm and 1.5 cm with), vertical stomach section with GIA and reinforcing sutures. During the postoperative period the patient presented regurgitation, difficulty in feeding and vomiting. The patient was readmitted for acute neurological symptoms: encephalopathy, ophthalmoplegia, mental confusion and stupor. A diagnosis of Wernicke-Korsakoff syndrome was made, as a consequence of alimentary deficit, thiamine reduction and rapid weight loss. Total parenteral nutrition and high doses of thiamine were administered. The patient recovered shortly after admission to hospital and was followed-up in the Neurology Service of this Center.

**Key words:** Morbid obesity. Vertical banded gastroplasty.

## Introducción

La gastroplastia vertical anillada (fig. 1), empleada en el tratamiento de la obesidad mórbida, es un procedimiento bariátrico<sup>13,14</sup> que puede provocar complicaciones neurológicas poco frecuentes. El síndrome de Wernicke-Korsakoff (SWK) es una de ellas debido, fundamental-

mente, a un déficit de tiamina (vitamina B<sub>1</sub>) como consecuencia de los problemas alimentarios de estos enfermos tras la cirugía, sobre todo en aquellos pacientes que en el postoperatorio precoz o tardío han tenido frecuentes vómitos.

## Caso clínico

Paciente mujer de 26 años, con sobrepeso desde la infancia y transgresiones alimentarias frecuentes. Entre ellas no figuraba la ingesta de alcohol. Los parámetros ponderales iniciales fueron: 118 kg, talla 1,54 m, IMC 55 ± 12 kg/m<sup>2</sup>. Había sido estudiada desde el punto de vista endocrinológico y tratada con múltiples pautas de adelgazamiento, sin conseguirlo, lo que le provocaba trastornos psicológicos. Fue diagnosticada de obesidad mórbida, por lo que se planteó el tratamiento quirúrgico.

Correspondencia: Dr. G. Sanmartín de Castro.  
Domenico Scarlatti, 11, 5.º 28003 Madrid. España.  
Correo electrónico: Gualtero@latinmail.com

Aceptado para su publicación en febrero de 2002.

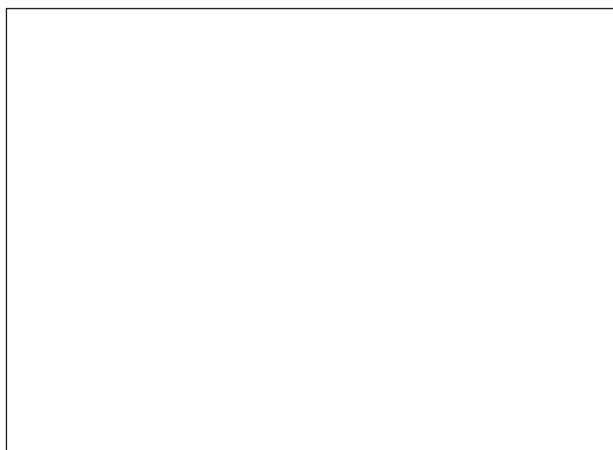


Fig. 1. Esquema de gastroplastia vertical anillada. Radiografía postoperatoria.

Fue intervenida quirúrgicamente el día 24 de octubre de 2000 mediante cirugía abierta, colecistectomía profiláctica, biopsia hepática, gastroplastia vertical anillada con banda de polipropileno (7 cm de largo, adosada 1,5 cm quedando una neoboca de 5,5 cm y 1,5 cm de ancho), sección del estómago vertical con GIA y sutura de refuerzo. En el postoperatorio inmediato presentó complicaciones, la enferma refirió vómitos alimenticios con frecuencia después de la ingesta.

Reingresó el día 24 de diciembre de 2000, a los 2 meses después de su cirugía, por un cuadro neurológico: mareos sin giro de objetos, sensación nauseosa, bradipsiquia, desorientación leve con mirada fija y posición primaria; en ocasiones, refería diplopia binocular en todas las posiciones de la mirada, que desaparecía espontáneamente. No presentaba fiebre ni focalidad neurológica.

En la exploración clínica destacaba la limitación para la abducción de ambos ojos en movimientos conjugados horizontales, con nistagmo no agotable, así como disestesias en las cuatro extremidades. Las exploraciones complementarias revelaron una hematología y bioquímica sin alteraciones significativas. La punción lumbar puso de manifiesto una presión de apertura de 26 cm H<sub>2</sub>O y el análisis de líquido cefalorraquídeo fue normal. La TAC craneal no evidenció lesiones de carácter agudo. La RM revelaba lesiones hiperintensas en T2 en ambos tálamos (fig. 2) de etiología no filiada, sin impresión de isquemia.

Debido a la persistencia y empeoramiento del cuadro clínico se realizaron los siguientes estudios: inmunológico, cobre en plasma y orina y ceruloplasmina, así como estudio bacteriológico de *Borrelia*, *Brucella*, *Treponema*, *Mycoplasma* y VIH, que fueron normales.

Se diagnosticó un déficit de tiamina (vitamina B<sub>1</sub>) con cifras inferiores a 100 pg/ml en plasma secundario a la mala alimentación y vómitos que presentaba la paciente, cuadro caracterizado por encefalopatía aguda y oftalmoplejía (síndrome de Wernicke-Korsakoff).

Se instauró tratamiento con nutrición parenteral total y altas dosis de tiamina, (Benerva 100 mg i.m./8 h, para continuar con Hidroxil B<sub>1</sub>, B<sub>6</sub>, B<sub>12</sub> pasado el cuadro agudo durante varias semanas) mejorando el cuadro clínico en pocos días. La paciente fue dada de alta para seguimiento ambulatorio por el servicio de neurología y cirugía digestiva.

## Discusión

En 1881, Carl Wernicke<sup>1</sup> describe un cuadro neurológico agudo caracterizado por oftalmoplejía, ataxia y confusión, frecuente en alcohólicos, al que se asocia malnutrición y vómitos de manera regular.

Posteriormente, Korsakoff describe la "psicosis poli-neurítica". Ambos cuadros se asocian con el déficit de vitamina B<sub>1</sub> (tiamina)<sup>2</sup>.

Al utilizar, en cirugía bariática, las gastroplastias, en sus diferentes variantes, comienzan a aparecer en la lite-

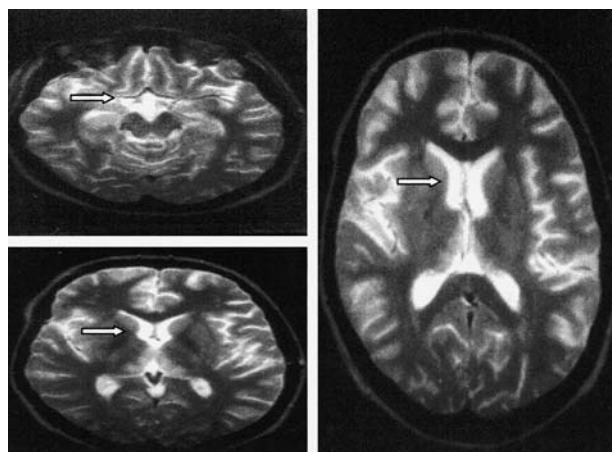


Fig. 2. RM: lesiones en ambos tálamos, simétricas, afectando a las regiones mediales (flecha), en relación con la encefalopatía de Wernicke.

ratura médica alteraciones neurológicas en el postoperatorio de la cirugía de la obesidad mórbida.

En 1982, Feit et al<sup>3</sup> comunican una severa polineuropatía en dos pacientes con este tipo de cirugía. En las autopsias aparece una acumulación de lípidos en los nervios que se relaciona con el catabolismo de la carnitina.

Tres años después, en 1985, Paulson et al<sup>4</sup> presentan una serie de 6 pacientes con signos de confusión y afectación neurológica periférica tras la cirugía gástrica, observando un déficit vitamínico que podría estar en relación con la fisiopatología del cuadro.

En un caso descrito por Oczkowski y Kertesz<sup>5</sup>, a la sintomatología de neuralgia se asocian alteraciones en la movilidad ocular, acompañadas de un déficit sensorial.

Seehra et al<sup>6</sup> presentan dos casos y se implica al déficit de vitamina B<sub>1</sub> (tiamina), así como a un cierto factor genético en el desarrollo del SWK como secuela de la gastroplastia.

Abarbanel et al<sup>7</sup> añaden un caso en su larga serie de cirugía de la obesidad mórbida.

Finalmente, Cirignotta et al<sup>8</sup> revisan la bibliografía reciente de la obesidad mórbida e igualmente aportan un enfermo portador de una banda de Silastic.

Destacaremos que la mayoría de los casos publicados son mujeres, las técnicas utilizadas son diversas, los vómitos postoperatorios están siempre presentes y hay una rápida pérdida de peso. El tiempo de presentación del cuadro es variable, incidiendo en los dos tres meses desde la cirugía bariática<sup>9-12</sup>.

## Bibliografía

1. Wernicke G. Die acute haemorrhagische polioencephalitis superior. En: Lehr buch der Gehirnkrankheiten für Aerzte und Studierende. Vol 2. Kassel: Theodor Fischer, 1881; p. 229-42.
2. Khol F. Acute mental disorders of alcoholic patients. by Karl Bonhoeffer, Gustav Fischer Publications. Jena, 1901 (in German). Psychiatr Prax 1998;25:87-8.
3. Feit H, Glasberg M, Ireton C, Rosenberg RN, Thal E. Peripheral neuropathy and starvation after gastric partitioning for morbid obesity. Ann Intern Med 1982;96:453-5.

4. Paulson GW, Martin EW, Mojzisik C, Carey LC. Neurologic complications of gastric partitioning. *Arch Neurol* 1985;42:675-7.
5. Oczkowski WJ, Kertesz A. Wernicke's encephalopathy after gastroplasty for morbid obesity. *Neurology* 1985;35:99-101.
6. Seehra H, MacDermot N, Lascelles RG, Taylor TV. Wernicke's encephalopathy after banded gastroplasty for morbid obesity (lesson of the week). *BMJ* 1996;312:434.
7. Abarbanel JM, Berginer VM, Osimani A, Solormon H, Charuzi I. Neurologic complications after gastric restriction surgery for morbid obesity. *Neurology* 1987;37:196-200.
8. Cirignotta F, Manconi M, Mondini S, Buzzi G, Ambrosetto P. Wernicke-Korsakoff encephalopathy and polyneuropathy After Gastroplasty for Morbid Obesity. *Arch Neurol* 2000;57:1356-9.
9. Haid RW, Gutmann L, Crosby TW. Wernicke-Korsakoff encephalopathy after gastric plication. *JAMA* 1982;247:2566-7.
10. MacLean JB. Wernicke's encephalopathy after gastric plication. *JAMA* 1982;248:1311.
11. McComas CF, Riggs JE, Breen LA, et al. Neurologic complications following gastric plication. *Neurology* 1983;33(Suppl 2):191.
12. Fawcett S, Young GB, Holliday RL. Wernicke's encephalopathy after gastric partitioning for morbid obesity. *Can J Surg* 1984;27:169-70.
13. Larrad Jiménez A, Moreno Esteban B, Sánchez Cabeza C, Bretón I. Estudio comparativo entre la gastroplastia vertical anillada y la derivación biliopancreática de Larrad en el tratamiento de la obesidad mórbida. *Cir Esp* 1999;4:66:297-302.
14. Artigues Sánchez de Rojas E, Fuster Diana A, Trullenque R, Vázquez Prado A, García Coret MJ, Olavarrieta Masdeu L, et al. Resultado a medio plazo de la cirugía de la obesidad mórbida mediante la técnica de la gastroplastia vertical anillada. *Cir Esp* 1998;63:179-84.