



302 - MIELOPATÍA POR DÉFICIT DE COBRE SECUNDARIO A CIRUGÍA BARIÁTRICA

M.A. Saavedra Vásquez, E. González Araniz, B. Ramos Bachiller, L. González Roza, A. Urioste Fondo, D. Barajas Galindo, M.D. Ballesteros Pomar, I. Cano Rodríguez y D. Ariadel Cobo

Endocrinología y Nutrición. Complejo Asistencial Universitario de León.

Resumen

Introducción: La cirugía bariátrica (CB) puede provocar déficits de diversos micronutrientes por limitaciones en ingesta o mala digestión/absorción; y pueden causar síntomas neurológicos irreversibles si no se tratan a tiempo. Se describe un caso de mielopatía secundaria a deficiencia severa de cobre en una paciente sometida a CB.

Caso clínico: Mujer de 60 años intervenida de una derivación biliopancreática (DBP) en 2008 por obesidad mórbida (IMC: 75 kg/m²), ingresa en mayo/2020 por cuadro de vómitos de repetición con pérdida ponderal de más de 30 kg secundaria a estenosis de la anastomosis. Asocia debilidad progresiva en miembro inferior izquierdo (MII) de meses de evolución. Al examen físico destaca ausencia de movilidad de MII asociado a Babinski bilateral y a ROT hipoactivos en MMII e hiperactivos en MMSS. Se realizan diversas pruebas complementarias, entre ellas: potenciales evocados somatosensoriales encontrando afectación de cordón posterior de predominio infracervical de carácter mixto. Analíticas con valores bajos de cobre (16,5 ?g/dL, normal > 80 ?g/dL). Descartando otras causas, es catalogada como una mielopatía por déficit de cobre iniciándose tratamiento con sulfato de cobre vía oral e IV mediante NPT recibiendo 6 mg de cobre/día. Tras la mejoría de los niveles de cobre junto con el tratamiento rehabilitador, la paciente mejoró clínicamente. Se sometió a reintervención para reconstruir el tránsito presentando en el postoperatorio dolor abdominal e intolerancia oral. Se diagnosticó de síndrome de asa aferente con múltiples complicaciones infecciosas e isquémicas que derivaron en el fallecimiento de la paciente.

Discusión: El déficit de cobre puede aparecer hasta en un 14% de los pacientes sometidos a bypass gástrico y/o DBP. Puede ocasionar mielopatía progresiva por lo que se recomienda su determinación en el seguimiento de pacientes con cirugías con componente malabsortivo, aunque no presenten clínica compatible.