



OBSERVACIÓN CLÍNICA

Insuficiencia hepática aguda poscirugía bariátrica: caso clínico y revisión de la literatura médica

Susana Sagredo^{a,*}, Javier Brahm^{a,b}, Mario Uribe^c, Verner Codoceo^d y Gladys Smok^e

^a Sección de Gastroenterología, Departamento de Medicina, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

^b Departamento de Gastroenterología, Clínica Las Condes, Santiago, Chile

^c Departamento de Cirugía, Clínica Las Condes, Santiago, Chile

^d Departamento de Medicina Interna, Clínica Las Condes, Santiago, Chile

^e Departamento de Anatomía Patológica, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Recibido el 31 de marzo de 2012; aceptado el 28 de junio de 2012

Disponible en Internet el 6 de diciembre de 2012

PALABRAS CLAVE

Cirugía bariátrica;
Insuficiencia hepática
aguda;
Obesidad mórbida;
Esteatohepatitis

KEYWORDS

Bariatric surgery;
Acute liver failure;
Morbid obesity;
Steatohepatitis

Resumen La enfermedad hepática grasa no alcohólica (EHGNA) es una entidad frecuente en obesos mórbidos. En ellos la cirugía bariátrica se emplea cada vez más frecuentemente para conseguir la baja de peso, sin embargo no se encuentra exenta de riesgos.

Presentamos el caso de una paciente de 28 años, obesa mórbida que tras 11 meses de serle practicada una gastroplastia con resección intestinal y gastroyeyunoanastomosis, y con reducción de peso del 35%, desarrolló una insuficiencia hepática aguda en el contexto de una esteatohepatitis severa, con fibrosis, demostrada por biopsia. Tras una hospitalización prolongada en que se manejó con medidas de soporte, asistencia nutricional, N-acetilcisteína, cinc y vitamina E, evolucionó hacia la recuperación de la función hepática. Una biopsia de control mostró regresión importante de los hallazgos iniciales.

Si bien la cirugía bariátrica conlleva múltiples beneficios, aún con las técnicas actuales pueden ocurrir complicaciones que es importante conocer para prevenir y tratar adecuadamente.

© 2012 Elsevier España, S.L. y AEEH y AEG. Todos los derechos reservados.

Acute liver failure after bariatric surgery. A case report and literature review

Abstract Non-alcoholic fatty liver disease is common among morbidly obese people. Bariatric surgery is increasingly used in this population to control weight but is not free of risks. We present the case of a 28-year-old morbidly obese woman who underwent gastroplasty with intestinal resection and a gastro-jejunal anastomosis. Eleven months later, and with a weight reduction of 35%, the patient developed acute liver failure. A biopsy showed severe steatohepatitis and fibrosis. After prolonged hospital stay and management that consisted of support measures, nutritional assistance, N-acetyl cysteine, zinc and vitamin E, liver function was restored. A follow-up biopsy showed marked regression of the initial findings. Bariatric surgery has

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ssagredoj@yahoo.com (S. Sagredo).

many beneficial effects. However, even with the most up-to-date techniques, complications can occur. Familiarity with these complications is important for their prevention and treatment.
© 2012 Elsevier España, S.L. and AEEH y AEG. All rights reserved.

Introducción

La enfermedad hepática grasa no alcohólica (EHGNA) es una entidad frecuente en pacientes con obesidad mórbida¹ y va en aumento como causa de trasplante hepático en el mundo². Habitualmente la pérdida de peso que se consigue con tratamiento convencional es subóptima, por lo que la cirugía bariátrica se ha constituido en una excelente alternativa de tratamiento. Con esta se consigue la reducción de peso, los beneficios metabólicos asociados y también disminuir la mortalidad de estos pacientes³.

La primera técnica de cirugía bariátrica utilizada correspondió al *bypass* yeyunoileal, el cual fue luego abandonado por sus complicaciones renales y hepáticas hasta en un 10% de los pacientes⁴, contándose dentro de estas últimas la aparición de esteatosis, inflamación lobular, fibrosis pericelular, cuerpos de Mallory, fibrosis y cirrosis⁵. Las técnicas actuales en cambio han demostrado no solo ser seguras, sino que además tendrían un efecto benéfico sobre la EHGNA, objetivándose disminución de la esteatosis, inflamación y fibrosis^{6,7}. Aun así, existen algunas comunicaciones de casos de insuficiencia hepática aguda (IHA), algunos de los cuales han llegado a requerir trasplante hepático (THO), tras cirugía bariátrica realizada con técnicas más modernas como la de *bypass* gástrico (técnica de Fobi-Capella) y la derivación biliopancreática (o técnica de Scopinaro)⁸⁻¹⁰.

Presentamos el caso de una paciente que tras recibir cirugía bariátrica, desarrolla una IHA que logró revertir por completo solo con tratamiento médico y sin necesidad de THO.

Observación clínica

Mujer de 28 años, con obesidad mórbida (120 kg de peso, índice de masa corporal [IMC] de 44,6) y antecedente de esteatosis hepática diagnosticada por ecotomografía abdominal en 2002, con GOT de 3 veces lo normal en ese momento. La paciente fue intervenida de gastroplastia con resección intestinal y anastomosis gastroyeyunal (GY) en junio de 2002, posterior a lo cual inicia rápida baja de peso hasta 75 kg (IMC 27,8). En enero de 2003 se le diagnostica estenosis de la anastomosis, para la que se practica dilatación en enero y marzo del mismo año. En este momento inicia ictericia progresiva con aumento de transaminasas, por lo que se solicita estudio de virus hepatitis B y C y autoinmunidad (anticuerpos antinucleares, antimúsculo liso, antimitocondriales y recuento de inmunoglobulinas), resultando todos negativos y/o normales. Se descarta también ingesta de alcohol o fármacos hepatotóxicos.

En mayo del mismo año tras agregarse vómitos y dolor abdominal alto, se torna más icterica. El laboratorio muestra bilirrubina total (BT) de 10,8 mg/dl, directa (BD) de 4,37, tiempo de protrombina (TP) de 31%, albúmina 1,8 g/dl,

fosfatasa alcalinas, γ -glutamyl transferasa y transaminasa oxalacética 1 vez y media sobre el valor normal, transaminasa pirúvica normal, hematocrito de 24,6% y plaquetas de 195.000/ml, por lo que se indica hospitalización. La tomografía computarizada de abdomen y pelvis evidencia hepatomegalia y vía biliar intrahepática dilatada. Los vasos arteriales y venosos se encontraban permeables al eco-Doppler.

Al ingreso destacaba una paciente icterica, enlentecida, con encefalopatía grado I-II, peso de 64 kg, con abundantes hematomas, hepatomegalia sensible, edema de extremidades inferiores y signos carenciales. Se manejó con lactulosa, vitamina K y antibiótico por sospecha de peritonitis bacteriana espontánea, agregándose luego ácido ursodesoxicólico y albúmina intravenosa. La evolución inicial de los exámenes de laboratorio se ilustra en la [tabla 1A](#). Destaca también en las pruebas de laboratorio colesterol total que fluctúa entre 70 y 90 mg/dl.

Dada la gravedad de la paciente y la coagulopatía concomitante se decide diferir realización de biopsia hepática.

Se verifica además el estado de la anastomosis, evidenciándose estenosis de esta a la radiología y procediéndose a su dilatación endoscópica.

Ante el deterioro progresivo de la función hepática se agregan N-acetil cisteína (NAC) (3 g/día), vitamina E (800 U/día) y cinc, además de apoyo nutricional enteral continuo con dieta semielemental. Posterior a ello la evolución fue favorable tal como se muestra en la [tabla 1B](#).

A un mes del ingreso y tras iniciada la recuperación de su función hepática, se realiza una biopsia hepática que mostró esteatohepatitis severa con macrovacuolas grasas en 80% de las células hepáticas, fibrosis moderada radiada desde espacios porta y venas centrales, y marcada colestasis intracelular y canalicular ([fig. 1](#)). Una colangiografía resonancia

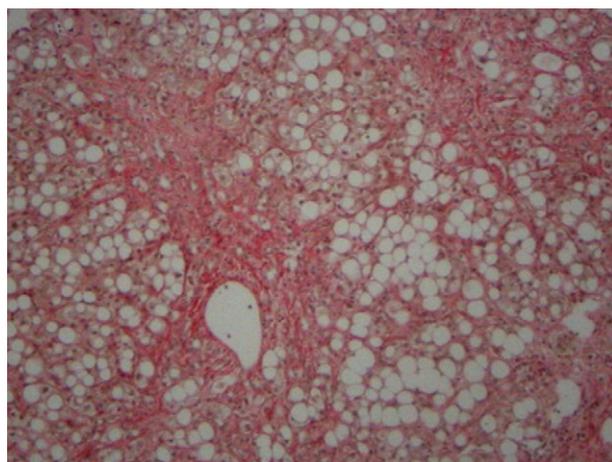


Figura 1 Esteatosis macrovesicular severa y fibrosis perisinusoidal. (Van Gieson, $\times 100$.)

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3288279>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3288279>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)