



Caso clínico

Cirugía bariátrica en enfermedad inflamatoria intestinal; presentación de un caso clínico y revisión de la literatura

Carmen Tenorio Jiménez, Gregorio Manzano García, Inmaculada Prior Sánchez, María Sierra Corpas Jiménez, María José Molina Puerta y Pedro Benito López

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

Resumen

La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) raramente se asocia a obesidad, ya que la malabsorción es una característica frecuente de este grupo de patologías (1). Sin embargo, algunos pacientes pueden padecer obesidad mórbida asociada a complicaciones y refractaria a tratamiento dietético y beneficiarse de la cirugía bariátrica. Incluso se ha postulado que podría producirse una mejoría de la EII al disminuir los marcadores inflamatorios tras la cirugía (2). No obstante, los pacientes pueden experimentar mayor incidencia de complicaciones tras la cirugía en el contexto de terapias inmunosupresoras y agravamiento de la malabsorción previa. Por ello, si se realiza la cirugía, la cuidadosa selección de los pacientes y la individualización de la técnica a realizar son imprescindibles. Presentamos una paciente diagnosticada de Colitis Ulcerosa que presenta desnutrición proteica severa tras cirugía bariátrica tipo derivación bilio-pancreática y realizamos una revisión de la literatura disponible.

(*Nutr Hosp.* 2013;28:958-960)

DOI:10.3305/nh.2013.28.3.6408

Palabras clave: *Cirugía bariátrica. Obesidad mórbida. Enfermedad inflamatoria intestinal. Hipoproteinemia. Malnutrición.*

BARIATRIC SURGERY IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASE; CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE

Abstract

Inflammatory bowel disease (IBD) is rarely associated with obesity, as malabsorption is a common feature of these diseases (1). However, some patients may experience morbid obesity and associated complications refractory to dietary treatment and benefit from bariatric surgery. It has even been postulated that surgery may result in improvement of IBD by reducing inflammatory markers (2). However, patients may experience a higher incidence of complications following surgery in the context of immunosuppressive therapy and prior malabsorption. Therefore, if surgery is performed, careful patient selection and individualization of technique are essential. We present a patient diagnosed with ulcerative colitis who presented severe protein malnutrition after bariatric surgery type bilio-pancreatic diversion and review the available literature.

(*Nutr Hosp.* 2013;28:958-960)

DOI:10.3305/nh.2013.28.3.6408

Key words: *Bariatric surgery. Morbid obesity. Inflammatory bowel disease. Hypoproteinemia. Malnutrition.*

Caso clínico

Paciente de 39 años con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2 de 3 años de evolución con mal control metabólico, trombofilia por mutación del gen de la protrombina, obesidad supermórbida (índice de masa corporal [IMC] 52 kg/m²) y Colitis Ulcerosa (CU). Se encontraba en seguimiento en las consultas de

endocrinología desde el diagnóstico de su diabetes. Como tratamiento, se le había recomendado dieta y ejercicio físico regular, insulina pre-mezclada en 2 dosis, metformina, ácidos grasos omega 3, fenofibrato, mesalazina y omeprazol. La paciente acudió a una clínica privada para realización de cirugía bariátrica, siendo sometida allí a derivación bilio-pancreática laparoscópica sin colecistectomía un mes después del último brote de su CU, cursando el postoperatorio sin incidencias relevantes. La paciente precisó ingreso hospitalario 10 meses tras la cirugía por edematización de miembros inferiores secundaria a desnutrición proteica y agravada por un cuadro de gastroenteritis aguda.

Ingresa de nuevo a nuestro cargo un mes más tarde procedente de consultas externas por hipoalbuminemia severa persistente. Desde la cirugía, no había presen-

Correspondencia: Carmen Tenorio Jiménez.
FEA Endocrinología y Nutrición.
Hospital Universitario Reina Sofía.
Avenida Menéndez Pidal, s/n.
14004 Córdoba, España.
E-mail: carmentenoriojimenez@hotmail.com

Recibido: 9-I-2013.
Aceptado: 28-I-2013.

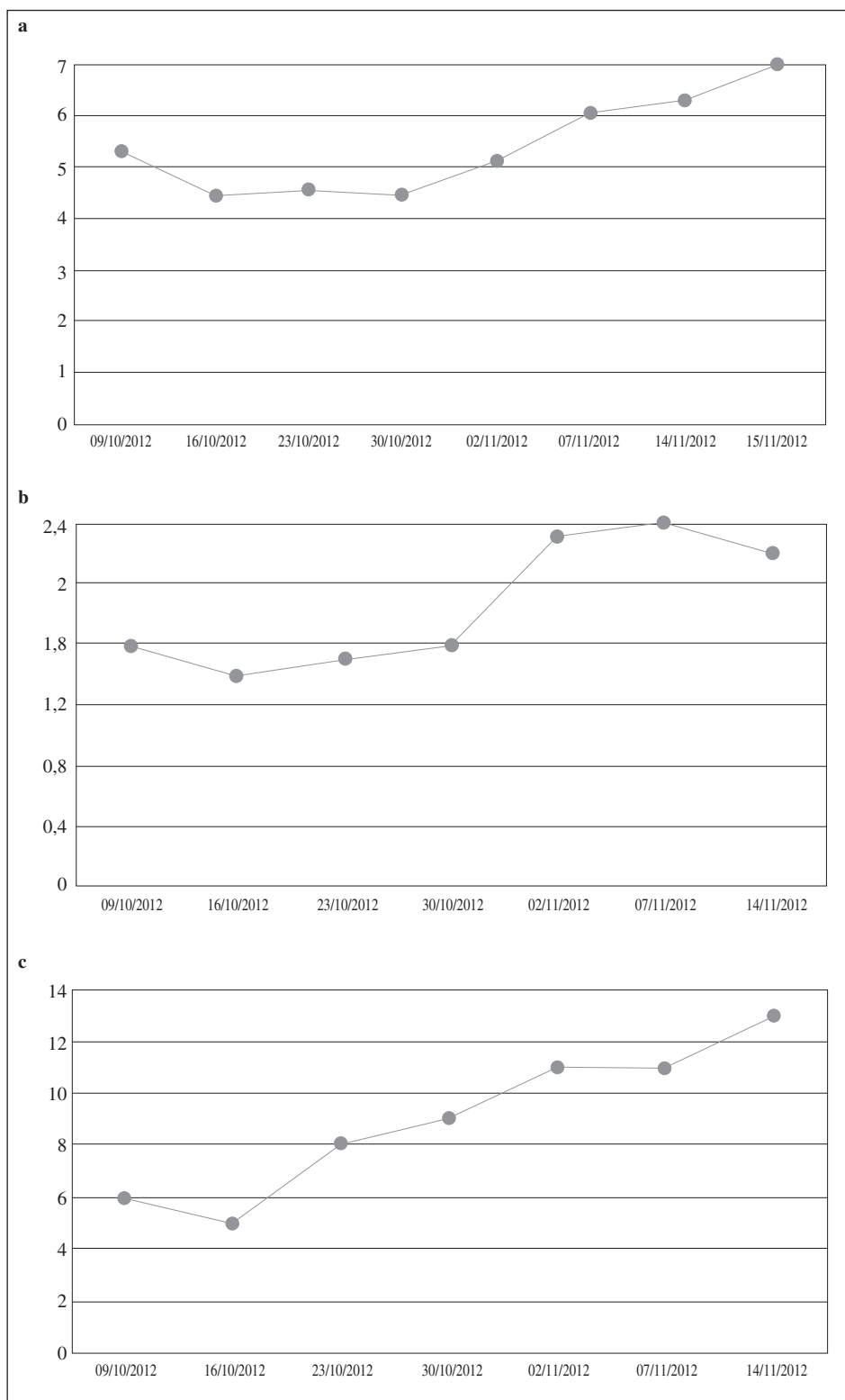


Fig. 1.—Evolución de las proteínas séricas. Evolución de los niveles plasmáticos de a) proteínas totales; b) albúmina y c) prealbúmina en tratamiento con dieta hiperproteica durante el ingreso hospitalario.

tado ningún brote de CU. Refería 2-3 deposiciones semiblandas y negaba vómitos o intolerancias alimentarias. Había suspendido su tratamiento antidiabético y presentaba datos de remisión según la Asociación Americana de Diabetes. A la exploración física, aceptable estado general con palidez mucocutánea, tensión

arterial 99/62, frecuencia cardiaca 57 latidos/minuto, peso 63 kilogramos (porcentaje de sobrepeso perdido 92,4%), talla 1,61 metros e IMC 24,32 kg/m². Extremidades inferiores con edemas con fovea hasta rodillas.

En la analítica al ingreso destacaban proteínas totales: 4,4 g/dl (Rango Normal [RN] 6,4-8,3); albúmina:

1,4 g/dl (RN 3,4-5,0) y prealbúmina de 5 mg/dl (RN 20-40). Presentaba asimismo anemia sin ferropenia con una hemoglobina de 9,8 g/dl (RN 12,0-18,0).

Con el diagnóstico de desnutrición calórico-proteica severa, se inició tratamiento con dieta hipercalórica e hiperproteica, administrando además módulos proteicos en polvo (60 gramos al día). Durante su estancia hospitalaria, que se prolongó durante 3 semanas, la paciente evolucionó favorablemente, manteniéndose estable y con desaparición de los edemas. Al alta la paciente presentaba buen estado general y mejoría analítica de parámetros nutricionales (fig. 1). La densitometría ósea realizada durante su ingreso fue normal.

Discusión

La cirugía bariátrica es uno de los procedimientos quirúrgicos que más ha crecido en los últimos años³. Estudios recientes indican al menos 5% de la población de Estados Unidos tiene criterios de cirugía y que un tercio de los pacientes que se intervienen tienen un IMC > 50 kg/m² (Obesidad tipo IV o extrema)^{4,5,6}. Algunos trabajos han sugerido que podría ser una opción en pacientes con obesidad mórbida y colitis ulcerosa², al inducir, no solo una importante pérdida de peso, sino también una reducción de los marcadores inflamatorios y con ello, una mejoría sintomática de la enfermedad y una disminución de los brotes de la misma. Sin embargo, antes de indicar la cirugía, hay que considerar diversos factores. El primero es realizar una operación con un componente malabsortivo en pacientes que pueden tener de base un aumento del número de deposiciones. El segundo es la disrupción de la anatomía normal de intestino delgado y mesenterio en pacientes que pueden requerir proctocolectomía.

Dentro de las técnicas mixtas restrictivas-malabsorptivas, el by pass gástrico y la derivación bilio-pancreática están bien establecidas. La evidencia procedente de estudios no aleatorizados y de ensayos clínicos⁷ sugiere que la derivación bilio-pancreática está asociada con mayor pérdida de peso y mayores efectos adversos, entre ellos malnutrición proteica. No obs-

tante, no parece existir diferencias en la mejoría de los factores de riesgo cardiovascular y de la calidad de vida.

Nuestra paciente había padecido un brote de su enfermedad solo un mes antes de realizarse la cirugía y ha permanecido sin brotes de su colitis ulcerosa desde entonces. Sin embargo, la pérdida de peso ha sido considerable y ha desarrollado una malnutrición proteica severa en tan solo un año.

A través de este caso, queremos resaltar la importancia de una selección adecuada, tanto de los pacientes como de la técnica realizar, por un equipo multidisciplinar pre-cirugía bariátrica, para de esa forma minimizar las complicaciones post-operatorias y mejorar los resultados⁸.

Referencias

1. Moum B, Jahnsen J. Obesity surgery in inflammatory bowel disease. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2010; 130 (6): 638-9.
2. Lascano CA, Soto F, Carrodegua L, Szomstein S, Rosenthal RJ, Wexner SD. Management of ulcerative colitis in the morbidly obese patient: is bariatric surgery indicated? *Obes Surg* 2006; 16 (6): 783-6.
3. American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (2009) Fact Sheet: Metabolic & Bariatric Surgery. Available online at: www.asbs.org/Newsite07/media/asbs_presskit.htm (Accessed on January 28, 2009).
4. Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL, Curtin LR. Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2008. *JAMA* 2010; 303: 235-41.
5. Flum DR, Belle SH, King WC, Wahed AS, Berk P, Chapman W et al. Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery (LABS) Consortium. Perioperative safety in the longitudinal assessment of bariatric surgery. *N Engl J Med* 2009; 361: 445-54.
6. Brolin RE, Kenler HA, Gorman JH, Cody RP. Long-limb gastric bypass in the superobese. A prospective randomized study. *Ann Surg* 1992; 215: 387-95.
7. Sövik TT, Aasheim ET, Taha O, Engström M, Fagerland MW, Björkman S, Kristinsson J, Birkeland KI, Mala T, Olbers T. Weight loss, cardiovascular risk factors, and quality of life after gastric bypass and duodenal switch: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2011; 155 (5): 281-91.
8. Cánovas Gaillemin B, Sastre Martos J, Moreno Segura G, Llamazares Iglesias O, Familiar Casado C, Abad de Castro S, López Pardo R, Sánchez-Cabezudo Muñoz MA. Effect of a multidisciplinary protocol on the clinical results obtained after bariatric surgery. *Nutr Hosp* 2011; 26 (1): 116-21.