

Desnutrición proteico calórica grave y trastornos de la conducta alimentaria tras cirugía bariátrica. A propósito de un caso.

Mayo MA, Pacheco JM, Pérez D, Bengoechea A, Roldan S, Fernández JL.

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz. ✉ marimayoo@gmail.com

Resumen: La cirugía bariátrica es una opción terapéutica eficaz para los pacientes con obesidad mórbida. La técnica de Scopinaro induce pérdidas de hasta el 75% del exceso de peso, si bien no está exenta de complicaciones. Entre ellas, la más grave es la desnutrición proteico calórica. La valoración preoperatoria de los pacientes candidatos a cirugía bariátrica incluye, entre otras, la evaluación psicológica/psiquiátrica. La persistencia tras la cirugía de problemas psicológicos que en su momento no constituyeron una contraindicación quirúrgica, puede influir en la pérdida de peso y evolución clínica postoperatoria, comprometiendo el éxito del procedimiento. Presentamos el caso de una paciente intervenida recientemente en nuestro servicio, que había sido sometida a cirugía bariátrica hace 5 años en otro centro y que desarrolló trastorno de la conducta alimentaria tras la cirugía, con vómitos recurrentes y desnutrición, que obligó a cirugía de revisión.

Introducción

La obesidad es causa importante y a menudo subestimada de mortalidad y morbilidad (1, 2). La cirugía bariátrica ofrece reducción de peso a largo plazo para los pacientes con obesidad mórbida y la mejora de algunas comorbilidades (3, 4), por lo que se considera actualmente como el tratamiento de elección. A pesar de esto la cirugía bariátrica no muestra los mismos resultados en todos los pacientes, debido a una serie de factores no quirúrgicos y psicológicos que pueden influir en la capacidad del paciente para adaptarse al cambio de vida en el postoperatorio (5). Aunque se desconoce exactamente qué factores pueden predecir una mala evolución de la cirugía bariátrica, la edad, el sexo, y el IMC parecen ser moduladores del resultado y deben ser tenidos en cuenta (6). El hábito alimenticio previo a la cirugía debe considerarse también como un factor predictivo del resultado ponderal tras la cirugía. Algunos estudios han examinado la presencia de psicopatología en pacientes con obesidad mórbida, apreciando la presencia de niveles significativos de depresión, ansiedad y fobia, somatización, trastornos obsesivo-compulsivo, (7) y desordenes sexuales (8), pero hasta ahora, la evidencia respecto al impacto de las variables psicosociales sobre los resultados de la cirugía bariátrica es ambigua (1). Por otro lado las diferentes técnicas quirúrgicas producen cambios funcionales en el tracto gastrointestinal, que inducen cambios en el balance energético, la distribución de los lípidos, interferencias entre enzimas, hormonas y otros mediadores. Las técnicas malabsortivas como la

técnica de Scopinaro presenta una incidencia de desnutrición proteico calórica del 30% que posteriormente ha disminuido a un 7%, con la modificación de la técnica dejando el estómago in situ (9).

Presentamos el caso de una paciente intervenida recientemente en nuestro servicio, que precisó cirugía de revisión como consecuencia de vómitos recurrentes, y que había sido sometida a cirugía bariátrica hacía 5 años en otro centro y que había desarrollado trastorno de la conducta alimentaria tras la cirugía, asociado a una desnutrición proteico calórica grave.

Material y métodos

Caso Clínico: Paciente de 27 años de edad que es remitida a nuestro Servicio desde otro centro con diagnóstico de vómitos e intolerancia oral a sólidos y triturados de once meses de evolución que se atribuye a trastorno de la conducta alimentaria, así como estado de desnutrición grave. Intervenida en 2007, con un IMC preoperatorio de 51, según técnica de Scopinaro modificada y colecistectomía profiláctica, con buena evolución y adecuada pérdida ponderal inicialmente. Cirugía de remodelación corporal al año de la cirugía bariátrica. Tras gestación y problemática socio-familiar inicia sintomatología de vómitos con alternancia de anorexia y bulimia que se atribuyó a trastornos de la conducta alimentaria. Además, abandonó las revisiones médicas y el tratamiento suplementario pautado. Posteriormente la paciente fue evaluada en diferentes centros y por diferentes especialistas.

Finalmente se realiza endoscopia digestiva alta que evidencian estenosis de la anastomosis gastroyeyunal realizándose dilataciones de la misma sin éxito, tras lo cual se coloca sonda de nutrición nasoyeyunal y se remite a nuestro centro.

Antecedentes Personales: Trastorno ansioso depresivo, y anorexia, TBC ganglionar en 2002. Ex-consumidora de cannabis y sustancias psicótropas.

Exploración física: Mal estado general. Palidez cutáneo-mucosa. Caquexia (Fig.1). Deshidratación. Peso 41 Kg., talla 163 cm. IMC 15,4. Portadora de sonda de nutrición Naso-yeyunal. Abdomen con cicatrices de cirugía previa de remodelación corporal y mamoplastia.



Figura n° 1: Imagen preoperatoria de la paciente.

Analítica: compatible con desnutrición proteico calórica severa y Anemia ferropénica.

Exploraciones complementaria: Endoscopia digestiva alta: estenosis de anastomosis gastroyeyunal sin alteraciones que permite el paso de sonda nasoyeyunal de alimentación. Estudio gastroduodenal: Estenosis completa de anastomosis gastro-yeyunal. TAC abdominal: Cambios postquirúrgicos compatibles con By-Pass gástrico. Páncreas mal definido con discreta dilatación de conducto pancreático, y líquido libre peripancreático así como derrame pleural

izquierdo y estenosis de la vena esplénica con desarrollo de circulación colateral.

Valoración Psiquiátrica: No se evidencia trastorno de la conducta alimentaria al ingreso en nuestro centro.

Tras valoración del caso en sesión multidisciplinar se decide: Nutrición combinada enteral por sonda nasoyeyunal y nutrición parenteral total para optimizar a la paciente y cirugía de revisión.

Intervención: Laparotomía media identificando estenosis de la anastomosis gastro-yeyunal sin evidencia de úlcera. Resección de la misma mediante sutura mecánica y reconstrucción del tránsito con nueva anastomosis gastroyeyunal en cara anterior del reservorio gástrico.

Resultados

La paciente evoluciona favorablemente, iniciando tolerancia oral sin incidencias al 5º día postoperatorio, presentando normalización analítica y ganancia ponderal de 10 Kg. Peso al alta 51 Kg., IMC 19,2. En revisiones sucesivas en consulta de cirugía y endocrinología la paciente presenta buen estado nutricional y tolerancia oral. IMC al mes de la cirugía 20,2. No presenta trastornos de conducta alimentaria en el momento actual.

Discusión

La cirugía bariátrica es una técnica segura para el tratamiento de la obesidad mórbida pero a pesar de ello no está exenta de complicaciones. La enfermedad psiquiátrica previa podría ser un predictor negativo de mala evolución. El propósito y la utilidad de la evaluación psicológica de los pacientes para ser candidato al tratamiento quirúrgico de la obesidad, no debe plantear dudas, ya que permite, identificar factores de mala evolución en el curso del proceso de tratamiento (10). Por otro lado a desnutrición proteico calórica grave es inusual, pero no rara y se suele observar en el postoperatorio tardío (11), sobre todo si se ha realizado una técnica malabsortiva. Es más frecuente si existen complicaciones médicas o quirúrgicas y se produce el incumplimiento de la dieta y el tratamiento postoperatorio. Esta complicación es poco frecuentes pero potencialmente peligrosa y las tasas de morbilidad y mortalidad suele ser alta en este grupo de pacientes. En la mayoría de los casos los pacientes responden a terapia nutricional o a la

reintervención en condiciones difíciles (12,13). La cirugía de revisión puede estar indicada, pero precisa el apoyo psicológico en la mayoría de los casos. Se necesitarían más estudios para aclarar los perfiles psicológicos asociados a mayor o menor riesgo de complicaciones postoperatoria en estos pacientes, antes de incluirlos en un programa de cirugía bariátrica y es necesario un adecuado seguimiento por un equipo multidisciplinar (14,15). En el caso de nuestra paciente, el perfil psicológico previo, el mal seguimiento tras la cirugía y la sintomatología consistente en anorexia/bulimia y vómitos indujo al diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria, enmascarando el verdadero problema de estenosis de la anastomosis. La cirugía de revisión solucionó el problema y mejoró desde el punto de vista nutricional y psicológico.

Bibliografía

1. Hunsaker D, Hunsaker J. Obesity epidemic in the United States. In: Tosokos M, ed. *Forensic Pathology Reviews*. Totowa, NC: Humana Press Inc 2004: 61-100.
2. Kral JG. Morbid obesity and related health risks. *Ann Intern Med* 1985; 103: 1043-7.
3. Sjostrom L, Lindroos AK, Peltonen M et al. Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. *N Engl J Med* 2004; 351: 2683-93.
4. Christou NV, Sampalis JS, Liberman M et al. Surgery decreases long-term mortality, morbidity, and health care use in morbidly obese patients. *Ann Surg* 2004; 240: 416-23; discussion 23-4.
5. Van Hout GCM, Verschure SK, van Heck GL. Psychological predictors of success following bariatric surgery. *Obes Surg* 2005; 15: 552-60.
6. Branson R, Potocna N, Brunotte R et al. Impact of age, sex and body mass index on outcomes at four years after gastric banding. *Obes Surg* 2005; 15: 834-42.
7. Wadden TA, Sarwer DB, Womble LG et al. Psychological aspect of obesity and obesity surgery. *Surg Clin North Am* 2001; 81: 1001-24.
8. Kinzl JF, Trefalt E, Fiala M et al. Partnership, sexuality, and sexual disorders in morbidly obese women: Consequences of weight loss after gastric banding. *Obes Surg* 2001; 11: 455-8.
9. Scopinaro N, Adami GF, Marinari GM et al. Biliopancreatic diversion: two decades of experience. In: Deitel M, Cowan Jr GSM, eds. *Update: Surgery for the Morbidly Obese Patient*. Toronto: FD-Communications, 2000: 227-58.
10. Agnieszka H, Dziurawicz-Kozłowska, MA; Zbigniew Wierzbicki, Wojciech Lisik, Dariusz Wasiaik; Maciej Kosieradzki. The Objective of Psychological Evaluation in the Process of Qualifying Candidates for Bariatric Surgery. *Obesity Surgery* 2006; 16:196-202.
11. Joel Faintuch; Mitsunori Matsuda; Maria Emilia L. F. Cruz; Marlene M. Silva; Marcelo P. Teivelis; Arthur B. Garrido Jr; J. J. Gama-Rodrigues. Severe Protein-Caloria Malnutrition after Bariatric Procedures. *Obesity Surgery* 2004; 14:175-181.
12. Fobi MAL, Lee H, Igwe D, et al. Transected silastic ring vertical gastric bypass with jejunal interposition, a gastrostomy and a gastrostomy site marker (Fobi pouch operation for obesity). In: Deitel M, Cowan Jr GSM, eds. *Update: Surgery for the Morbidly Obese Patient*, Toronto: FD-Communications, 2000: 203-26.
13. Kushner R. Managing the obese patient after bariatric surgery: A case report of severe malnutrition and review of the literature. *JPEN* 2000; 24: 126-32.
14. The International Bariatric Surgery Registry (IBSR): American Society for Bariatric Surgery web page (www.asbs.org).
15. Barrow CJ. Roux-en-Y gastric bypass for morbid obesity. *AORNJ* 2002; 76: 590-593-604.