



P-403 - INTOXICACIÓN POR TOPIRAMATO QUE SIMULA CUADRO DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

Mosquera Fernández, Cristina¹; García Novoa, Alejandra²; Gómez Dovigo, Alba¹; Pérez Grobas, Jorge³; Aguirrezabalaga González, Javier²; Noguera Aguilar, Jose Francisco²

¹Hospital Quiron A Coruña, A Coruña; ²Hospital Universitario A Coruña, A Coruña; ³Hospital Universitario Ferrol, A Coruña.

Resumen

Introducción: Una de las complicaciones más graves tras cirugía bariátrica y que precisan atención urgente y en ocasiones intervención quirúrgica inmediata es la obstrucción intestinal (secundaria a hernia interna, bridas, estenosis...). Pero no todo cuadro de intolerancia oral se debe a una obstrucción mecánica y debemos realizar un correcto diagnóstico diferencial partiendo de una anamnesis exhaustiva, exploración física (dificultada por las características de los pacientes obesos) y pruebas complementarias necesarias. Presentamos un caso de intolerancia oral con vómitos incoercibles acompañado de alteraciones del nivel de conciencia fluctuantes con alteración del ciclo de sueño-vigilia secundario a intoxicación por topiramato.

Caso clínico: Se trata de una mujer de 65 años, con antecedentes de artrosis severa y síndrome depresivo mayor a tratamiento con topiramato (600 mg/día), cloracepato y palexia. Presentaba obesidad mórbida con IMC de 37, la cual tras completar el protocolo prequirúrgico de cirugía bariátrica se realiza gastrectomía vertical laparoscópica en marzo de 2020. A los 6 meses de la cirugía acude a urgencias por cuadro de vómitos de repetición, ausencia de deposición y molestias abdominales difusas asociando fluctuación del nivel de conciencia. Ante sospecha de obstrucción mecánica se realizan radiografía de abdomen y TC abdominopélvico sin evidenciarse alteraciones; se completa estudio con tránsito esofagogastroduodenal y endoscópica digestiva alta, dentro de la normalidad ambas pruebas complementarias. En la analítica sanguínea al ingreso destaca una anemia normocítica (Hb 9,0 g/dl, hematocrito 27,4%), transaminasas elevadas (GOT 1.050 UI/l, GPT 1.007 UI/l, FA 254 UI/L, GGT 207 UI/l), ligera acidosis metabólica. Dados sus antecedentes y no encontrarse la causa de su cuadro al 3^{er} día de ingreso se realiza determinación de amonio en sangre 176 μ mol/l (normalidad 9-30). Tras estos hallazgos se suspende el topiramato (sustitución por mirtazapina y fluoxetina por indicación de psiquiatría). Se monitorizan niveles de transaminasas y amonio confirmando su descenso progresivo (amonio 88 μ mol/l tras 1 semana). Siendo dada de alta al 22^o día de ingreso con adecuada ingesta oral y recuperación neurológica completa. Con seguimiento hasta la actualidad sin nuevos episodios de intolerancia y con adecuada pérdida ponderal progresiva.



Discusión: El topiramato es un fármaco que se desarrolló inicialmente como antiepiléptico y posteriormente se ampliaron sus indicaciones empleándose como tratamiento profiláctico antimigrañoso, antidepresivo, en trastorno bipolar... Su mecanismo de acción es mediante la inhibición de la anhidrasa carbónica tipo II y IV. Como efectos adversos más frecuentes destacan anorexia, náuseas, pérdida de peso, dolor abdominal... Dado su mecanismo de acción, inhibe la anhidrasa carbónica renal lo que origina una mayor pérdida de bicarbonato y secundariamente acidosis metabólica. Este tipo de fármacos disminuye el metabolismo y la excreción normal de amonio induciendo hiperamonemia, además el topiramato inhibe la síntesis de glutamina sintasa cerebral, enzima que metaboliza el glutamato y amonio a glutamina que puede desembocar en cuadros de encefalopatía hiperamonémica (más frecuentes en pacientes que reciben topiramato y ácido valproico conjuntamente por su efecto sinérgico). Con este caso clínico queremos mostrar la importancia de la visión global de nuestros pacientes, en especial tras cirugía bariátrica, en donde debemos realizar una rigurosa anamnesis y valoración integral.