



P-083 - TRATAMIENTO DE LA HIPOCALCEMIA GRAVE Y LA MALABSORCIÓN TRAS OAGB MEDIANTE GASTRO-GASTROSTOMÍA CON PRÓTESIS ENDOLUMINAL

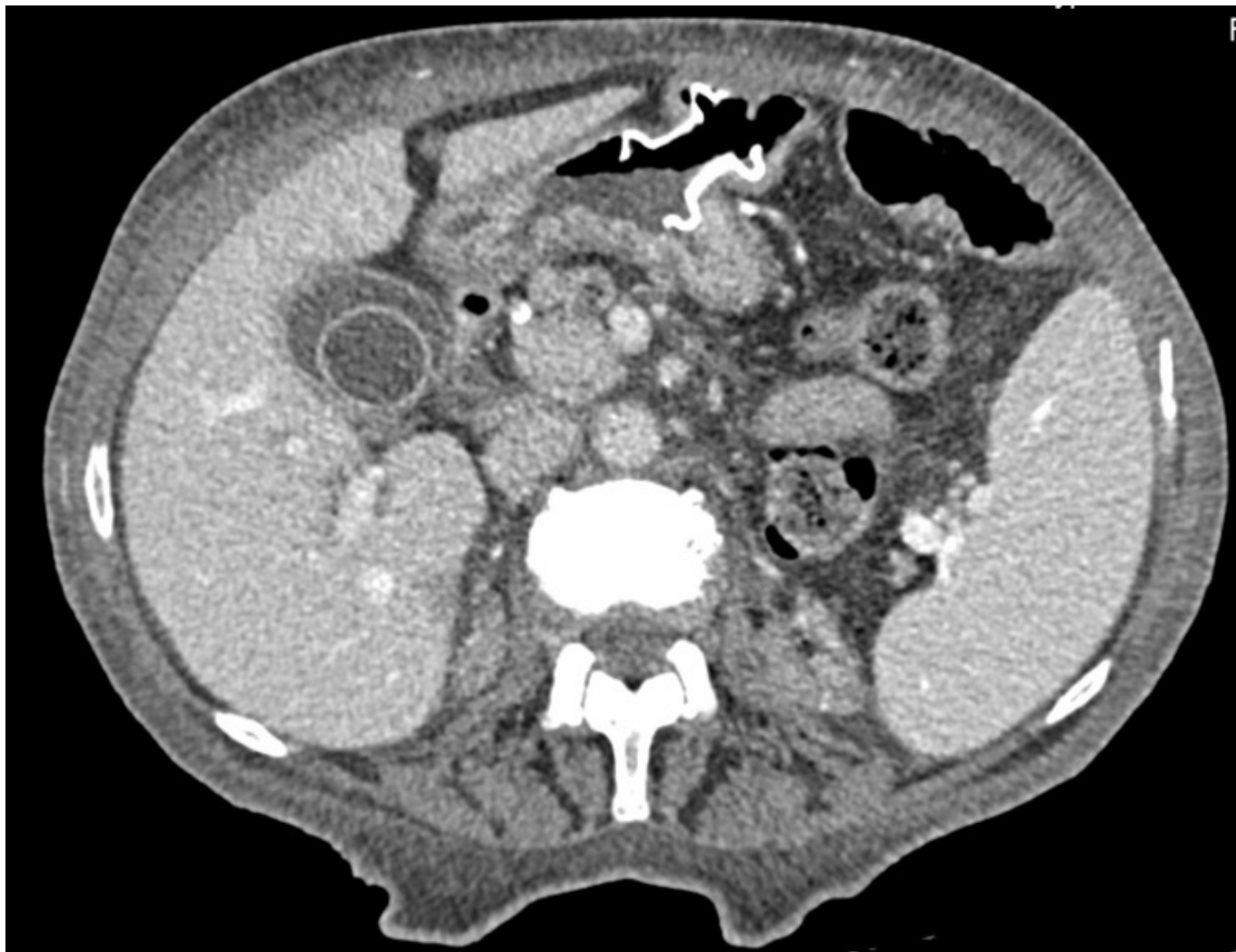
Fidalgo Martínez, Celia; Callau Pontaque, Javier; Gil Cidoncha, Lucía; Martín Rodrigo, Pilar; Torquet Muñoz, María Eugenia; Fernández Rodríguez, Manuel; González Haba, Mariano; García Oria, Miguel

Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda.

Resumen

Introducción: El *One Anastomosis Gastric Bypass* (OAGB) es una técnica rápida, segura y efectiva para el tratamiento de la obesidad mórbida. Entre las complicaciones frecuentes destaca la malabsorción, que puede llegar a requerir la reintervención para acortar el asa biliar o revertir el OAGB a anatomía normal. Presentamos el caso de una paciente con malnutrición e hipocalcemia severa tras OAGB, en el que se realizó una técnica endoscópica de aposición luminal para intentar evitar la cirugía.

Caso clínico: Mujer de 62 años de edad con obesidad grado II (IMC 35,6 Kg/m²), diabetes tipo II, hipertensión arterial, dislipemia, fibrilación auricular anticoagulada, conectivopatía mixta y enfermedad renal crónica grado IV en espera de trasplante renal. Se decide realizar OAGB con el fin de disminuir sus comorbilidades y facilitar así el trasplante renal. Un año después de la cirugía logra una pérdida de peso de 27 kg y la desaparición de la diabetes e hipertensión, permitiendo la entrada en el programa de trasplante renal, aunque no se puede realizar por fallo del injerto y tiene que iniciar terapia renal sustitutiva. Durante la diálisis desarrolla numerosas crisis de broncoespasmo, hiperparatiroidismo terciario con trastorno del metabolismo fosfocálcico, sufriendo tres episodios de calcifilaxis. Además presenta diarreas frecuentes, desnutrición grave, pirosis, vómitos ocasionales y un episodio de hipocalcemia grave que impide el alta hospitalaria, lo que obliga a plantear la reintervención quirúrgica. Dado el mal estado clínico de la paciente, se opta por un tratamiento endoscópico con el objetivo de comunicar el reservorio gástrico con el estómago excluido. Se realiza una gastro-gastrostomía guiada por ecoendoscopia mediante la colocación de un *stent* metálico flexible de 20 × 15 mm de aposición endoluminal. Tras su realización, se soluciona la hipocalcemia grave y puede ser dada de alta hospitalaria, mejorando posteriormente el estado nutricional. Sin embargo, un mes después del alta, se realiza una panendoscopia oral por epigastralgia y vómitos, identificando una úlcera mucosa y la malposición de la prótesis, que se retira en el mismo acto. En la endoscopia de control a los 30 días, se confirma el cierre del trayecto fistuloso, por lo que se decide programar una intervención quirúrgica definitiva para revertir el OAGB a anatomía normal.



Discusión: Complicaciones como la desnutrición proteica, la pérdida excesiva de peso o la diarrea, se han relacionado con longitudes mayores a 200 cm de asa biliopancreática en el OAGB, aunque en nuestro caso, su longitud era de 140 cm, un 31% de la longitud total de intestino delgado. Las complicaciones por malnutrición en los pacientes operados de OAGB se tratan con cirugía para realizar un acortamiento del asa biliar, una gastro-gastrostomía o la reversión completa del OAGB a anatomía normal. En nuestro caso, dado el mal estado clínico de la paciente, planteamos una opción menos agresiva, la aposición luminal gastro-gástrica con endoprótesis. Dicha técnica nos permitió confirmar que el problema de hipocalcemia severa podía revertirse con la gastro-gastrostomía y mejorar el estado nutricional, aunque finalmente fue precisa una intervención quirúrgica definitiva.