



Caso clínico

Derivación biliopancreática y resección simultánea de masa adiposa ulcerada gigante en paciente con Índice de Masa Corporal de 75

Mario Rodríguez López¹, David Pacheco¹, Marta Gonzalo¹, Rosalía Velasco¹, Sara Mambrilla¹, Martín Bailón¹, Ramón Campillo², Ruth Martínez¹, Enrique Asensio¹, José Ignacio Blanco¹, Baltasar Pérez-Saborido¹ y Daniel de Luis³

¹Cirugía General y Digestiva. Hospital U. Río Hortega de Valladolid. ²Cirugía Plástica. Hospital U. Río Hortega de Valladolid. ³Endocrinología y Nutrición. Hospital U. Río Hortega de Valladolid. España.

Resumen

La Cirugía Bariátrica es la mejor opción terapéutica de la obesidad mórbida con índice de masa corporal ≥ 40 kg/m². A pesar del elevado riesgo de complicaciones post-quirúrgicas y nutricionales que presenta, la derivación bilio-pancreática de Scopinaro ha demostrado los mejores resultados de pérdida del exceso de peso y reducción de patologías asociadas. Esta fue la técnica realizada en una mujer de 52 años (peso = 174 kg, talla = 152 cm, IMC = 75,3 kg/m²), optando por abordaje vía abierta por indicación anestésica. En el mismo acto operatorio se reseccó gran masa adiposa ulcerada y sobreinfectada en muslo izquierdo. El postoperatorio fue favorable, salvo dehiscencia de herida del muslo, que requirió resutura. Seis meses después, el porcentaje de pérdida de exceso de peso es del 36,98%. En nuestra serie de más de 400 enfermos con Cirugía Bariátrica desde el año 2002, esta paciente ha sido la de mayor IMC.

(*Nutr Hosp.* 2014;29:212-214)

DOI: 10.3305/nh.2014.29.1.6895

Palabras clave: *Obesidad mórbida. Índice de masa corporal. Cirugía bariátrica. Derivación biliopancreática. Lipoma.*

Abreviaturas

Obesidad Mórbida: OM.
Índice de Masa Corporal: IMC.
Derivación Bilio-Pancreática: DBP

Correspondencia: Mario Rodríguez López.
Hospital Universitario Río Hortega.
Dulzaina, 2.
47012 Valladolid.
E-mail: mariorodriguezlopez@gmail.com

Recibido: 12-VIII-2013.
Aceptado: 2-X-2013.

BILIOPANCREATIC DIVERSION AND SIMULTANEOUS RESECTION OF A GIANT ULCERATED FATTY MASS IN A PATIENT WITH BODY MASS INDEX: 75

Abstract

Bariatric Surgery is currently the best treatment option for patients with Morbid Obesity and a Body Mass Index ≥ 40 kg/m². Despite its high rate of postoperative and nutritional complications, biliopancreatic diversion (Scopinaro's procedure) has shown best results in terms of excess weight loss and improving obesity-associated diseases.

This technique was performed on a 52-year-old woman (weight = 174 Kg, height = 152 cm, BMI= 75.3 kg/m²), with a classic open access due to anaesthesiologist's indication. During this procedure it was also performed a resection of a giant fatty mass on the inner side of left lower limb, which was ulcerated and infected. Postoperative period was uneventful, excepting wound dehiscence of the leg, requiring re-suturing. Six months after hospital discharge, the patient's percent excess weight loss was 36.98%. In our bariatric surgery series, with more than 400 patients since 2002, this patient was the one with the highest BMI.

(*Nutr Hosp.* 2014;29:212-214)

DOI: 10.3305/nh.2014.29.1.6895

Key words: *Morbid obesity. Body mass index. Bariatric surgery. Biliopancreatic diversion. Lipoma.*

La Obesidad Mórbida (OM) es una patología crónica de incidencia y prevalencia creciente en la sociedad española^{1,2}, que se caracteriza por un incremento en la masa adiposa corporal como consecuencia de un balance energético positivo³. En la etiopatogenia se encuentran implicados factores genéticos, endocrino-metabólicos, psicológicos, alimentario-nutricionales y sociales³. Numerosas entidades clínicas están asociadas a la OM³, entre las que se encuentran la Diabetes Mellitus 2, la apnea del sueño, las enfermedades cerebrovasculares y cardiovasculares incluida la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia, las osteoartropatías en extremidades de carga, la depresión y, también, ciertos tipos de cáncer.

El sobrepeso y la obesidad se gradúan en base al parámetro “Índice de Masa Corporal” (IMC = peso en kilogramos dividido entre el cuadrado de la altura en metros) siguiendo la escala de la Organización Mundial de la Salud, según la cual se considera obesidad a partir de un valor de 30 kg/m^2 y OM a partir de 40 kg/m^2 ^{3,4}.

El tratamiento conservador de la OM (ejercicio físico, dieta hipocalórica y fármacos) es de muy limitada eficacia, siendo la Cirugía Bariátrica, la mejor opción terapéutica en $\text{IMC} \geq 40 \text{ kg/m}^2$, o $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ en presencia patologías asociadas^{3,4}. De todas las técnicas quirúrgicas, la derivación bilio-pancreática (DBP) que describió Scopinaro en 1976⁵, y las posteriores modificaciones como el cruce duodenal, con mecanismo de acción mixto (restrictivo y malabsortivo), ha demostrado los mejores resultados a largo plazo de pérdida del exceso de peso y reducción de las patologías asociadas^{3,6,7}. Por el contrario, también es de las que presenta un mayor riesgo de complicaciones, especialmente médicas, según los datos publicados^{3,6}.

Presentamos un llamativo caso de una paciente con grado de OM triple asociado a una gran masa lipomatosa ulcerada e infectada en muslo izquierdo, en la que se realizó DBP con exéresis de dicha masa en un mismo acto operatorio.

Paciente mujer de 52 años con OM que acude a consulta para valoración de cirugía bariátrica, con los siguientes antecedentes personales: trombosis venosa profunda en tratamiento, esteatosis hepática, disfunción diastólica e insuficiencia cardíaca (NYHA III), hiperuricemia, hipertensión arterial, apnea obstructiva del sueño, y alteración ventilatoria con patrón mixto. Su peso es de 174 kg y su talla de 152 cm ($\text{IMC} = 75,3 \text{ kg/m}^2$), lo que contrasta llamativamente con el peso ideal calculado, que para una mujer de esta altura debe ser 54,09 kg (Fig. 1). Además la enferma presenta una gran masa adiposa ulcerada e infectada de largo tiempo de evolución con origen en la cara interna del tercio proximal de su extremidad inferior izquierda (Fig. 2). Tras valoración conjunta por los servicios de Endocrinología y Nutrición, Cirugía General, Psiquiatría y Anestesia, se



Fig. 1.



Fig. 2.

acepta para intervención, decidiendo realizar DBP siendo conscientes, el equipo médico-quirúrgico y la paciente, de las posibles complicaciones quirúrgicas así como nutricionales derivadas de este tipo de intervención. Asimismo, el servicio de Cirugía Plástica valoró a la enferma para colaborar en la intervención a fin de reseca la masa de la extremidad inferior.

En el momento de la inducción anestésica y ante la desfavorable anatomía cervical de la paciente con criterios de vía aérea difícil, se optó por intubación orotraqueal con fibroscopio bajo sedación. Dada la dificultad para la ventilación mecánica y variabilidad hemodinámica, se desestimó por parte del anestesiólogo el abordaje laparoscópico y procedimos a realizar laparotomía media supraumbilical. Se realizó DBP, dejando un remanente gástrico de unos 200 cc, un asa común de 70 cm y un asa alimentaria de aproximadamente 240 cm. Tras el cierre de la laparotomía, los cirujanos plásticos realizaron exéresis de la masa gigante que pesó 4 kg. El servicio de Anatomía Patológica lo diagnosticó de lipoma ulcerado.

El postoperatorio inmediato cursó sin incidencias iniciando tolerancia oral a los 2 días de la intervención. La herida del muslo requirió una reintervención por infección y dehiscencia de la sutura, completándose el tratamiento con curas locales. La paciente fue dada de alta a los 11 días de la intervención.

En la revisión del sexto mes postoperatorio, el exceso de peso de la paciente ha pasado de 119,91 kg preoperatorios a 75,91 kg, lo que se corresponde con un porcentaje de pérdida del exceso de peso = 36,98%, y presenta un IMC actual de $56,26 \text{ kg/m}^2$, lo que equivale a un porcentaje de pérdida del exceso de IMC = 37,85%⁸.

Dado el elevado IMC de nuestra enferma (el mayor hasta la fecha en nuestra serie de más de 400 procedimientos bariátricos desde 2002) y la gravedad de las comorbilidades que presentaba, se decidió realizar DBP, a fin de garantizar la máxima pérdida de exceso de peso a largo plazo y mejorar las comorbilidades, asumiendo el riesgo de las posibles complicaciones quirúrgicas, nutricionales y médicas derivadas de este

tipo de intervención. El abordaje abierto actualmente no se recomienda salvo ciertas contraindicaciones⁹, como ocurrió en nuestra paciente, dada su extrema OM y las dificultades derivadas que presentó para el manejo anestésico. Con unos resultados favorables tras 6 meses de postoperatorio, es de esperar que la DBP, y también la exéresis de la masa de características benignas, contribuirán a mejorar el pronóstico vital, las comorbilidades asociadas a la OM y la calidad de vida de la enferma a largo plazo, tal y como aparece reflejado en la literatura³⁻⁷.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen la colaboración del servicio de Psiquiatría, Anestesiología y Anatomía Patológica de nuestro hospital, así como al personal de Enfermería de quirófano y de la planta de hospitalización de Cirugía General.

Referencias

1. Aranceta-Bartrina J, Serra-Majem L, Foz-Sala M, Moreno-Esteban B, Grupo Colaborativo SEEDO. Prevalencia de obesidad en España. *Med Clin (Barc)*. 2005;125:460-6.
2. Félix-Redondo FJ, Grau M, Baena-Díez JM, Dégano IR, de León AC, Guembe MJ, Alzamora MT, Vega-Alonso T, Robles NR, Ortiz H, Rigo F, Mayoral-Sanchez E, Tormo MJ, Segura-Fragoso A, Fernández-Bergés D. Prevalence of obesity and associated cardiovascular risk: the DARIOS study. *BMC Public Health*. 2013;13:542. doi: 10.1186/1471-2458-13-542. Epub: 2013 June 5.
3. Martín Duce A, Díez del Val I. Cirugía de la obesidad mórbida. Guías Clínicas de la Asociación Española de Cirujanos. Ed. Aran. Madrid 2007.
4. Mechanick JI, Kushner RF, Sugerman HJ, Gonzalez-Campoy JM, Collazo-Clavell ML, Guven S, Spitz AF, Apovian CM, Livingston EH, Brolin R, Sarwer DB, Anderson WA, Dixon J. American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery Medical Guidelines for Clinical Practice for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient. *Surg Obes Relat Dis* 2008;4(5 Supl.):S109-84.
5. Scopinaro N, Adami GF, Marinari GM, Gianetta E, Traverso E, Friedman D, Camerini G, Baschieri G, Simonelli A. Biliopancreatic diversion. *World J Surg* 1998;22(9):936-46.
6. Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E, Jensen MD, Pories W, Fahrbach K, Schoelles K. Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2004;292:1724-37.
7. Dorman RB, Rasmus NF, al-Haddad BJ, Serrot FJ, Slusarek BM, Sampson BK, Buchwald H, Leslie DB, Ikramuddin S. Benefits and complications of the duodenal switch/biliopancreatic diversion compared to the Roux-en-Y gastric bypass. *Surgery* 2012;152(4):758-67. doi: 10.1016/j.surg.2012.07.023. Epub 2012 Sep 6.
8. Larrad A, Sanchez-Cabezudo C. Indicadores de calidad en cirugía bariátrica y criterios de éxito a largo plazo. *Cir Esp* 2004;75(3):301-4.
9. SAGES Guidelines Committee. SAGES guideline for clinical application of laparoscopic bariatric surgery. *Surg Endosc* 2008;22(10):2281-300.