

## Cirrosis hepática secundaria a bypass gástrico

### Liver cirrhosis secondary to gastric bypass

Ana Belén Vico, María Jesús Álvarez, Ana García, Alfonso Mansilla, Manuel Segura, José Antonio Jiménez. \* Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario Universitario de Granada. Granada ✉ [anabva88@gmail.com](mailto:anabva88@gmail.com)

**Resumen:** La obesidad es un problema de salud a nivel mundial con un gran impacto socioeconómico y que se está estableciendo sobre todo en los países desarrollados. Constituye además un factor de riesgo para numerosas patologías. Se ha demostrado que la cirugía bariátrica es el tratamiento más eficaz para la pérdida ponderal y la mejora de ciertas enfermedades concomitantes como la HTA o la diabetes. Aunque a nivel hepático y en la mayoría de los casos la cirugía bariátrica suele mejorar la esteatohepatitis (comorbilidad hepática más frecuente en pacientes con obesidad mórbida), en ocasiones puede empeorar o aparecer de nuevo tras la intervención. Por tanto, consideramos que los efectos de esta cirugía, sobre todo a largo plazo, no se han determinado aún con exactitud. Presentamos el caso de una paciente sin antecedentes de interés intervenida de cirugía bariátrica a la cual se le realizó un bypass gástrico por obesidad mórbida y que, con el tiempo, desarrolló una hepatopatía crónica que finalizó en cirrosis hepática.

**Palabras clave:** Obesidad, cirrosis hepática, cirugía bariátrica, bypass gástrico

**Abstract:** Obesity is a health problem worldwide with a serious socioeconomic impact and which is becoming increasingly common in developed countries. Moreover, it is an important risk factor for many diseases. Bariatric surgery has been shown to be the most effective treatment for weight loss and for improving comorbidities such as hypertension and diabetes. After bariatric surgery, significant improvements have been reported in the majority of patients suffering from fatty liver disease –the most common hepatic comorbidity in patients with morbid obesity. However, no improvements have also been found. In fact, some patients deteriorated or even reported the same condition after surgery. For this reason, we consider that the long-term effects of this surgery are still unclear. In this article we report the case of a patient with no relevant medical history who was submitted to bariatric surgery. She underwent gastric bypass surgery for morbid obesity and, over the years, she developed chronic liver disease which resulted in cirrhosis.

**Keywords:** Obesity, cirrhosis, bariatric surgery, gastric bypass

## Introducción

La obesidad es una enfermedad crónica multifactorial que puede generar tanto complicaciones físicas como psicológicas que contribuyen a deteriorar la calidad y esperanza de vida de estos pacientes. Presenta un importante impacto sociosanitario y económico debido a su alta prevalencia, su elevada mortalidad y las complicaciones derivadas, como la esteatohepatitis<sup>1, 2</sup>. Los factores que parecen estar asociados a la aparición de Esteatohepatitis no Alcohólica en los pacientes con obesidad, son por un lado, el acúmulo de grasa que se establece en los hepatocitos, y por otro lado, el desarrollo de una respuesta inflamatoria ante el mismo; Estas alteraciones hacen al hígado más vulnerable a cualquier agresión<sup>3, 4, 5, 6</sup>.

En pacientes con obesidad mórbida refractaria, la cirugía bariátrica es el tratamiento más eficaz en cuanto a pérdida ponderal, y en la remisión o reducción de la mayor parte de las comorbilidades

asociadas, como la diabetes, el SAOS, la hipertensión o la dislipemias<sup>7, 8</sup>. Sin embargo, a pesar de que para otras patologías se ha demostrado claramente la efectividad de la cirugía bariátrica para su control, sus efectos sobre el hígado no se han establecido convincentemente, sobre todo a largo plazo<sup>1, 9</sup>.

Presentamos el caso excepcional de una paciente que tras realización de bypass gástrico, desarrolla a los años de la cirugía una cirrosis hepática secundaria.

## Caso clínico

Paciente de 53 años con antecedentes personales de HTA y sometida en 2005 a bypass gástrico por obesidad mórbida, con asa alimentaria de 100 cm y biliopancreática de 60 cm. Adecuada pérdida ponderal tras la cirugía, pero persistencia de la HTA y desarrollo de anemia ferropénica que precisa administración mensual de hierro intravenoso.

En 2012, tras episodio de HDA secundario a varices esofágicas, se diagnostica de cirrosis hepática con hipertensión portal. Tras estudio y descartadas otras causas, se considera que es secundaria a la cirugía bariátrica previa. En 2015 ante el deterioro de la función hepática y con Meld de 19 se propone para inclusión en lista de espera de trasplante hepático; pero se considera necesario previamente convertir el bypass gástrico a tubulización gástrica para evitar problemas posteriores en la absorción de los inmunosupresores.

Se reinterviene evidenciando cirrosis hepática con esplenomegalia y circulación colateral por la hipertensión portal. Ante la dificultad técnica que hace inviable la conversión del bypass a gastrectomía vertical se decide cambiar de estrategia y se realiza anastomosis del remanente gástrico al asa alimenticia, para, de esta manera, eliminar el componente malabsortivo.

El postoperatorio cursó adecuadamente, con un tránsito de control que evidencia buen paso de contraste tanto a duodeno como por el resto del asa alimenticia, y es dada de alta al 6º día postoperatorio. Actualmente tras nueve meses de la intervención sigue controles periódicos por unidad de Hepatología y a la espera de trasplante hepático.

## Discusión

La cirrosis hepática es una complicación muy rara en pacientes sometidos a cirugía bariátrica, existiendo pocos casos publicados, y la mayoría de éstas hacen referencia a técnicas puramente malabsortivas como el bypass yeyunoileal o la derivación biliopancreática<sup>7, 8, 10</sup> no existiendo casos publicados sobre esta complicación como consecuencia del bypass gástrico. No está claro si esto se relacionaría con la progresión de una Esteatohepatitis preexistente, no evidenciada previamente en nuestra paciente, o bien pudiera haber otros factores favorecedores hormonales, autoinmunes y/o inflamatorios, relacionados con la cirugía<sup>3</sup>.

Las causas que se han relacionado con el fallo hepático tras cirugía bariátrica son: 1- El deterioro de la función hepática preoperatoria (grado de Esteatosis Hepática). 2- Reducción de la ingesta de proteínas en el postoperatorio. 3- El grado de malabsorción<sup>1</sup>

En el manejo de los pacientes que presenten disfunción hepática tras cirugía bariátrica, además del tratamiento nutricional y el tratamiento médico, se debe si es posible, revertir el bypass deshaciendo componente malabsortivo y respetando el componente restrictivo<sup>11</sup>; dejando como alternativa el trasplante hepático para aquellos pacientes que presenten insuficiencia hepática crónica<sup>12,13</sup>

## Conclusiones

Aunque con las técnicas bariátricas empleadas actualmente (Bypass gástrico, Banda gástrica, Gastrectomía vertical...) parece mejorar a corto plazo la lesión hepática preexistente, debe realizarse un estricto seguimiento de estos pacientes, pues no se conoce que factores puede influir en que, en ciertos casos se presente una exacerbación de la esteatosis hepática que termine en una insuficiencia crónica tras la cirugía bariátrica.

Existen sospechas de la progresión de la fibrosis hepática, pero no existen datos de seguimiento a largo plazo mediante biopsias hepáticas consecutivas por lo que se necesitan nuevos estudios prospectivos para poder determinar si la cirugía bariátrica exagera o mejora la progresión de la fibrosis.

## Bibliografía

1. Mayo MA, Pacheco JM, Pérez D et al. Fallo hepático fulminante a largo plazo en pacientes sometidos a bypass gástrico por obesidad mórbida. *Nutr Hosp* 2015;32(1):430-434
2. Mateo Gavira I, Vilchez López FJ, Cayón Blanco M, et al. Efecto del bypass gástrico sobre el riesgo cardiovascular y la calidad de vida en pacientes con obesidad mórbida. *Nutr Hosp* 2014; 29(3):508-512.
3. Teli MR, Day CP, Burt AD, Bennett MK, James OF. Determinants of progression to cirrhosis or fibrosis in pure alcoholic fatty liver. *Lancet* 1995; 346: 987-990.
4. Adams LA, Sanderson S, Lindor KD, Angulo P. The histological course of nonalcoholic fatty liver disease: a longitudinal study of 103 patients with sequential liver biopsies. *J Hepatol* 2005; 42: 132-138.



5. Neuschwanter-Tetri BA, Caldwell SH. Nonalcoholic steatohepatitis: summary of an AASLD single topic conference. *Hepatology* 2003; 37: 1202-1219.

6. Anty R, Bekri S, Luciani N, et al. The inflammatory C-reactive protein is increased in both liver and adipose tissue in severely obese patients independently from metabolic syndrome, Type 2 diabetes, and NASH. *Am J Gastroenterol* 2006;101:1824- 1833

7. Gholam PM, Kotler DP, Flancbaum LJ. Liver pathology in morbidly obese patients undergoing Roux-en-Y gastric bypass surgery. *Obes Surg* 2002; 12:49-51.

8. Castillo J, Fabrega E, Escalante CF, et al. Liver transplantation in a case of steatohepatitis and subacute hepatic failure after biliopancreatic diversion for morbid obesity. *Obes Surg* 2001; 11: 640-642.

9. Grimm IS1, Schindler W, Haluszka O. Steatohepatitis and fatal hepatic failure after biliopancreatic diversion. *Am J Gastroenterol.* 1992 Jun; 87(6):775-9.

10. Geerts A, Darius T, Chapelle T, et al. The multicenter Belgian survey 347 on liver transplantation for hepatocellular failure after bariatric 348 surgery. *Transplant Proc* 2010; 42: 4395-8.

11. Barreto J.C., Sarr M.G., Swain J.M. Bariatric Surgery in Patients with Liver Cirrhosis and Portal Hypertension. *Bariatric times. Surgical Perspective.* Online edition 2009. July

12. Samuel D, Bismuth H. Liver transplantation in patients with fulminant hepatitis. Maddrey WC, Schiff ER, Sorrell MF, editors. *Transplantation of the liver.* Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins 2001: 361-369.

13. Greco M, De Micheli E, Lonardo A. Multifactorial hepatopathy in a patient with biliopancreatic diversion. *Ann Ital Med Int.* 2003 Apr-Jun; 18(2):99-103