

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente de 45 años con un IMC de 42.9 kg/m<sup>2</sup> y un peso preoperatorio de 127 kg sin comorbilidades asociadas. En Diciembre de 2010 se le realiza un bypass yeyunoileal y 5 años después reingresa al Servicio de Urgencias con:

- Malnutrición grave
- Queratopatía grave
- Anemia

### Antecedentes

Tras la intervención el paciente se encontraba hemodinámicamente estable, afebril, analgesia correcta y diuresis normal. Abdomen blando y depresible con leve dolor a la palpación y peristaltismo correcto.

Realiza múltiples consultas a la unidad de Endocrinología y Nutrición para revisión del estado nutricional tras la intervención. La pérdida de peso es progresiva hasta estabilizarse con un IMC en torno a 32 kg/m<sup>2</sup>. Durante el periodo de seguimiento recibe suplementación con un complejo multivitamínico. Los niveles plasmáticos de retinol se mantienen normales durante todo el tiempo de seguimiento que se interrumpe a los 18 meses post intervención.

### Situación actual

A su llegada al servicio de Urgencias se le solicita una analítica general en la que se observa déficit de vitamina A, D y B12, déficit proteico y anemia (tabla 2)

Magnitud	Resultado	Valores de referencia
Ferritina suero (ng/ml)	3.2	15-200
Transferrina suero (g/L)	3.7	2.5-3.8
Receptor soluble transferrina (mg/L)	8.67	0.83-1.76
Hemoglobina (g/L)	68	120-170
Hematocrito (L/L)	0.260	0.360-0.510
Volumen corpuscular medio (fl)	64.8	80-100
Proteínas (g/L)	50	63-80
Albumina (g/L)	27	34-48
Vitamina A (µg/dL)	20	30-70
25-OH Vitamina D3 (ng/ml)	8.6	Deficiente <10 Suficiente 30-100
Vitamina B12 (pg/ml)	100	Deficiente <199 Adecuado >300

**Tabla 2:** Resultados analíticos al reingreso.

En la evaluación oftalmológica inicial se objetivó una agudeza visual de 0,1/1 de manera bilateral. El paciente presentó un cuadro de xeroftalmía que se manifiesta con xerosis conjuntival, ceguera nocturna y queratomalacia

## Diagnóstico

Debe sospecharse una deficiencia de vitamina A en pacientes con disminución de la visión inexplicada y una historia de cirugía intestinal, independientemente del momento del procedimiento quirúrgico. En este caso el paciente fue diagnosticado de déficit de vitamina A por incumplimiento de las recomendaciones dietéticas que condujo a un agotamiento de las reservas de esta vitamina y como consecuencia a la aparición de una queratopatía grave.

## Evaluación y tratamiento

El paciente recibe una dosis de carga de vitamina A y suplementos multivitamínicos y proteicos. También se le pauta hierro endovenoso para el tratamiento de la anemia ferropénica.

Tras varios meses de tratamiento los niveles de retinol y proteínas se normalizan (Figura 3) acompañándose de una importante mejoría clínica. La revisión oftalmológica demostró una recuperación corneal.

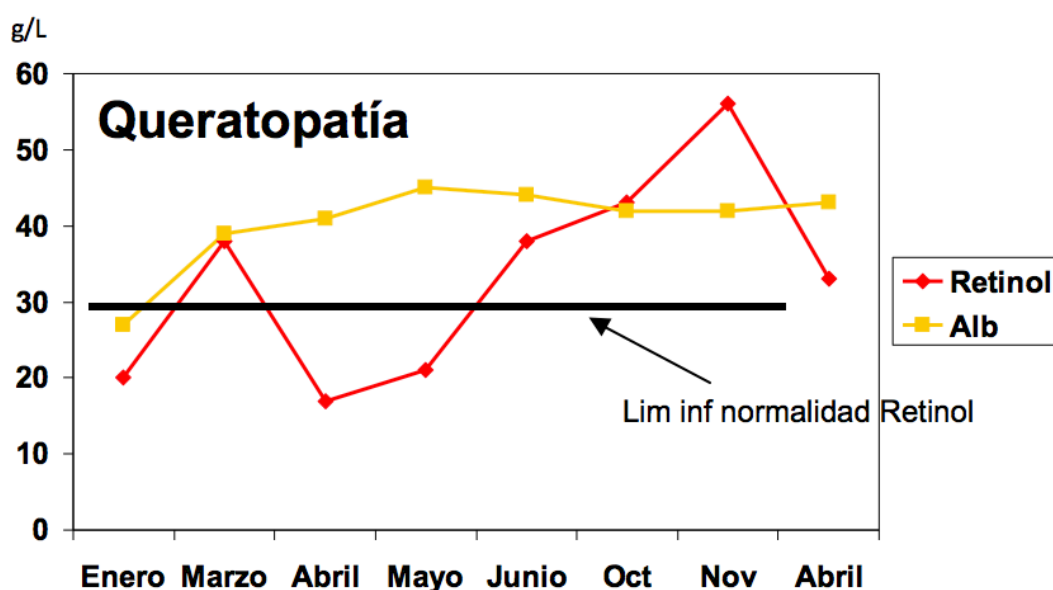


Figura 3: Evolución de los niveles de retinol y albúmina tras el tratamiento.

## Discusión

Este caso clínico evidencia la importancia del seguimiento y control postoperatorio continuado. El paciente abandona el seguimiento a los 18 meses y a los cinco años presenta un cuadro de deficiencias nutricionales graves, que de no ser tratadas tendría unas consecuencias irreversibles.

La vitamina A es una vitamina liposoluble cuyo estatus se determina midiendo los niveles séricos de retinol, forma activa de la vitamina A. A nivel ocular, el retinol, oxidado a retinal, participa en la formación del pigmento visual, la rodopsina, fundamental para la visión.

También contribuye a la diferenciación celular de las membranas conjuntivales, la córnea y las restantes estructuras oculares.

La deficiencia de vitamina A puede manifestarse, entre otras, con complicaciones oculares. Resulta fundamental por tanto, el seguimiento clínico y nutricional tras la cirugía bariátrica.

En estos casos, el déficit por vitamina A debe ser tratado de forma inmediata, ya que las complicaciones oculares derivadas de ella son potencialmente reversibles.