

**SESIÓN CLÍNICA GENERAL – HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO  
SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA**

**PONENTE: DRA. ADELA LEYRE MARTÍNEZ MARTÍNEZ**

**MODERADORA: DRA. CRISTINA MORENO RENGEL**

**21 DE JUNIO DE 2019, 8:15 HORAS. SALÓN DE ACTOS GORBEIA (PABELLÓN GOBIERNO)**

**ANTECEDENTES PERSONALES:**

- NAMC. Reacción adversa a triptizol, tobrex y xalacom
- Fumador activo de 20 cigarrillos al día. Consumidor actual esporádico de cerveza.
- DL mixta. No HTA ni DM.
- Hepatopatía crónica probable OH y pancreatitis crónica probable OH. Angioma hepático y lesión sugestivo de quiste hidatídico.
- Dumping de unos 25 años de evolución tras Bilroth I por ulcus gástrico.
- Valorado por neurología por cefalea, que impresiona de sinusitis.
- Membrana neovascular subretinal, en control por Oftalmología. Hipertensión ocular.
- IQ: hemorroidectomía. Bilroth I.
- TTO DOMICILIARIO en 1º valoración: kreon 25000 2-2-1-2-1, Loperamida a demanda (2-6 si >4 deposiciones), omeprazol DE, colirios. No toma hidroferol

**EA:**

Varón de 57 años derivado a consulta de Nutrición Clínica desde Digestivo en marzo de 2017 por Sd. Dumping desde intervención por ulcus gástrico mediante Bilroth I en 1995, que ha ido empeorando a lo largo de los años.

El paciente presenta clínica sugestiva de dumping precoz y tardío que no se relacionan como con alimentos específicos y no responde a medidas higiénico dietéticas.

Presenta diarreas de unas 6-8 deps al día y síncope con pérdida de consciencia, cada vez más frecuentes, tras 5 minutos después de las comidas, con medición de glucemia en límites normales

Desde su valoración se trata con medidas nutricionales por parte de la nutricionista de la unidad y diferentes fármacos propuestos por ambos servicios: acarbosa, liraglutide, somatostatina, Clipper, tryptizol, resincolestiramina, fentanilo en parches y Gelsectan.

Se valora por parte de cirugía esofagogástrica y se propone Y roux (+ gastrectomía) sin asegurar mejoría de sintomatología.

Dado el empeoramiento ponderal y clínico progresivo, la limitación de su vida diaria, la ausencia de mejoría de la sintomatología con medidas conservadoras y la ausencia de garantía de mejoría tras cirugía, se propone al paciente nutrición enteral, inicialmente con sonda nasoyeyunal para ver tolerancia a la misma.

Ingresa en mayo 2018 para comenzar con alimentación enteral por sonda.