



P-438 - GASTRECTOMÍA TUBULAR LAPAROSCÓPICA COMO CIRUGÍA DE RESCATE EN NECROSIS GÁSTRICA CON PERFORACIÓN POR VÓLVULO SECUNDARIO A BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE

Martínez Pérez, Aleix; Payá Llorente, Carmen; Gómez Abril, Segundo Ángel; Díez Ares, José Ángel; Martínez López, Elías; Santarrufina Martínez, Sandra; Martí Martínez, Eva María; Armañanzas Villena, Ernesto

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia.

Resumen

Introducción: La banda gástrica ajustable (BGA) laparoscópica ha sido una opción quirúrgica muy popular para el tratamiento de la obesidad mórbida, debido a su simplicidad, reversibilidad y a las bajas tasas de complicaciones postoperatorias precoces. Sin embargo las tardías son frecuentes, la tasa de reintervención puede alcanzar hasta el 20% y los resultados ponderales y metabólicos a largo plazo son discretos. La necrosis gástrica es un complicación tardía muy infrecuente que suele asociarse a un deslizamiento. Su presentación tras una volvulación gástrica mesentericoaxial secundaria a la presencia de una BGA es excepcional.

Caso clínico: Mujer de 54 años, obesa mórbida, portadora de BGA intervenida por vía laparoscópica hacía 6 años, que acudió a urgencias por vómitos alimentarios de dos semanas de evolución. En las últimas horas asociaba deterioro del estado general, junto con dolor punzante en el hemitórax izquierdo, que se irradiaba a la región dorsal. A su llegada permanecía apirética y estable hemodinámicamente, pero presentaba signos evidentes de deshidratación cutaneomucosa. El abdomen era doloroso en epigastrio e hipocondrio izquierdo, pero sin peritonismo. Tras el sondaje nasogástrico se obtuvieron 1.500 ml de líquido gástrico oscuro. En la analítica destacaba: deterioro de la función hepática y renal, alcalosis metabólica hipopotasémica y elevación de reactantes de fase aguda. Se solicitó una tomografía axial (TC) abdominal, que objetivó la BGA desplazada hacia el antro, junto con una volvulación gástrica mesentérico-axial asociada a una marcada dilatación y signos de isquemia en cuerpo y fundus. Tras realizar una endoscopia digestiva alta, que mostró signos de isquemia gástrica y sospecha de perforación, se indicó laparoscopia exploradora urgente. Ésta mostró líquido libre, un deslizamiento de cuerpo y fundus gástrico a través de la banda y una volvulación mesentericoaxial del estómago, que tomaba como eje una brida entre la pseudocápsula y el epiplón menor. La pared gástrica de la curvatura mayor del cuerpo y del fundus, presentaba necrosis con una perforación de 3 cm. Tras retirar la BGA y liberar las adherencias firmes que originaban la volvulación, se realizó gastrectomía tubular laparoscópica guiada con sonda orogástrica de 32 Fr, seccionando el estómago sobre zona sana con endograpadora. La paciente requirió cuidados intensivos durante cuatro días, y tras mejoría progresiva, tanto clínica como analítica, se inició tolerancia oral al cuarto día. Fue dada de alta al octavo día, y tras seis meses permanece asintomática asociando una pérdida de peso de 8 Kg.

Discusión: La perforación gástrica secundaria a BGA suele presentarse con dolor abdominal y fiebre, pero en algunos casos estos síntomas y signos pueden estar ausentes haciéndose patente por la presencia por síntomas de obstrucción alta. En estos casos el TC abdominal es la técnica diagnóstica de elección. La gastrectomía

tubular realizada por laparoscopia puede ser una buena opción técnica en casos de volvulo gástrico con necrosis segmentaria y perforación gástrica asociada.