



## P-051 - BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE, LA IMPORTANCIA DE LA SELECCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES

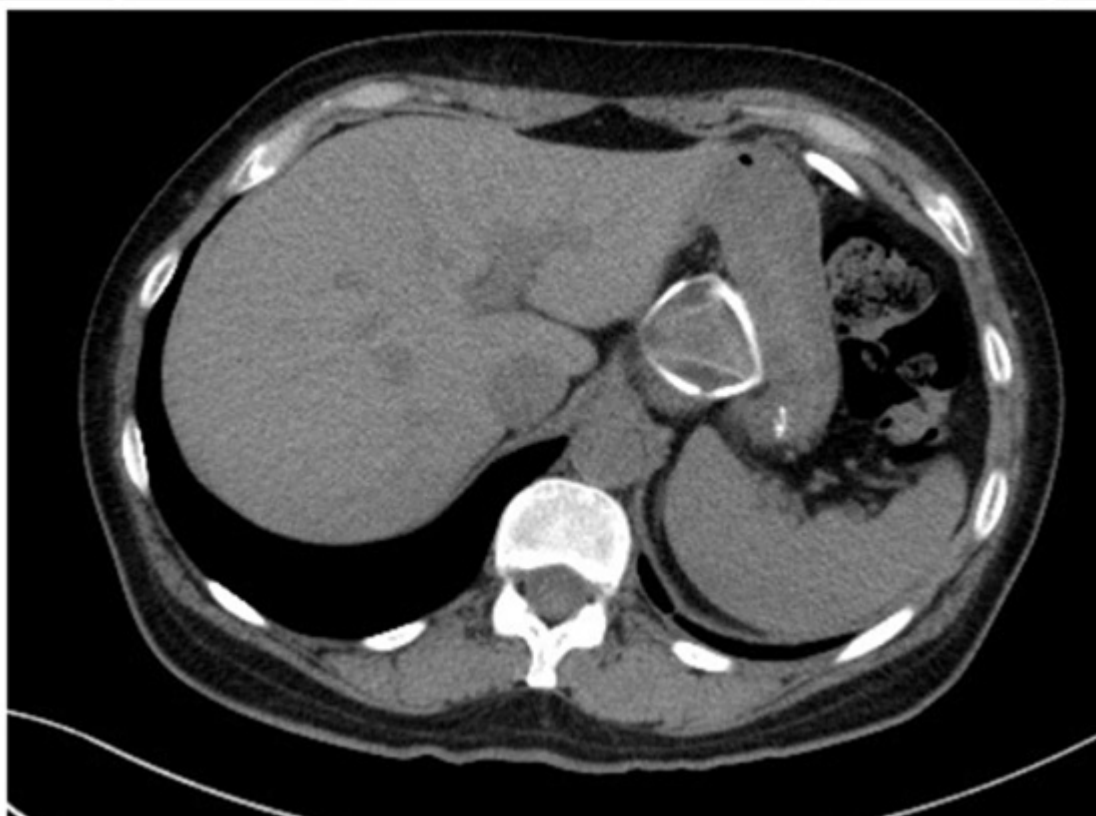
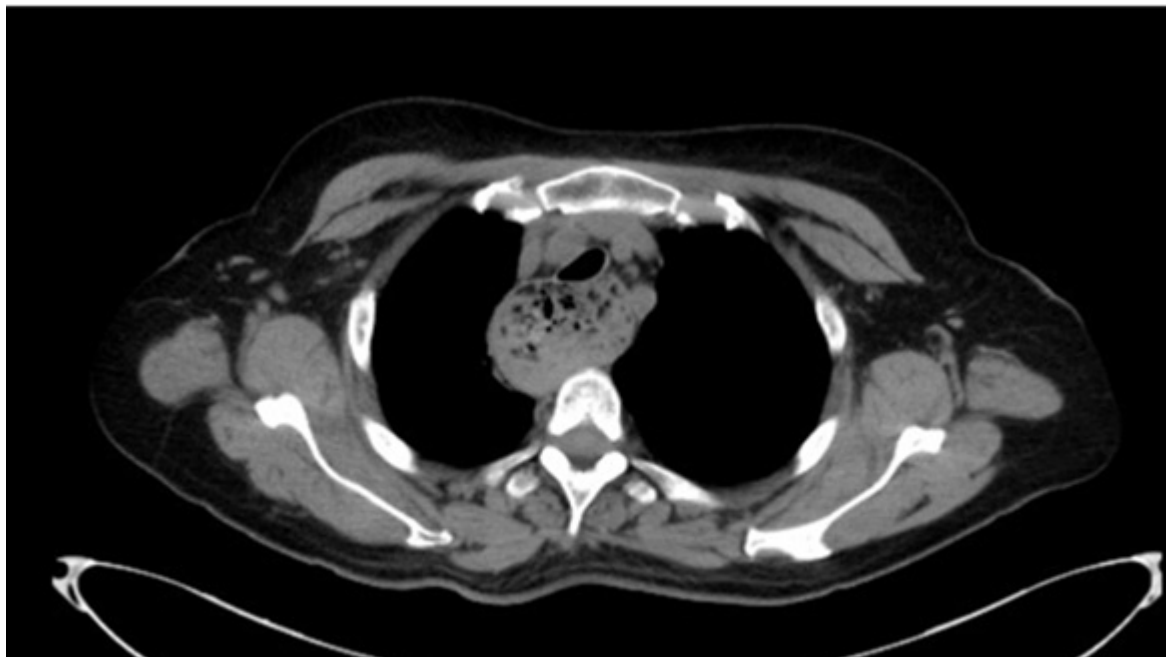
Husein Alonso, Fátima; Loureiro González, Carlos; Pérez de Villareal Amilburu, Patricia; González González, Lucía; Leturio Fernández, Saioa; Ayala Gil, Olatz; Santos Etxaburu, Nerea; Díez del Val, Ismael

Hospital Universitario Basurto, Bilbao.

### Resumen

**Introducción:** La banda gástrica (BG) es una técnica restrictiva empleada para el tratamiento de la obesidad mórbida. Se coloca por vía laparoscópica una banda de silicona ajustable bajo el cardias fijada a la cara anterior gástrica para evitar deslizamientos, creando un pequeño reservorio gástrico. La banda comunica a través de un catéter con un dispositivo que se sitúa en el subcutáneo anclado a la aponeurosis del recto anterior. Este dispositivo permite inflar con suero la banda gástrica reduciendo el tamaño de salida del reservorio gástrico, incrementando la saciedad posingesta y su duración. Los mejores resultados se obtienen en mujeres jóvenes con un IMC < 50, con adecuado nivel cultural y dispuestas a cambios de hábitos alimentarios.

**Caso clínico:** Mujer de 58 años con antecedentes de realización de un POSE (Primary Obesity Surgery Endoluminal) en 2014 y colocación de BG en 2015. La paciente no refiere estos antecedentes en el momento de ser historizada en Urgencias. Acude a urgencias por disnea, tos productiva y disfagia de 48 horas de evolución. A la auscultación pulmonar presenta broncoespasmo severo junto con taquicardia. Las pruebas complementarias (analítica y radiografía de tórax) no mostraron hallazgos significativos. Se administra tratamiento con corticoides, broncodilatadores y antibiótico e ingresa a cargo del servicio de Neumología. En planta se realiza TC toraco-abdominal que muestra dilatación difusa del esófago torácico con disminución brusca del calibre condicionada por BG y neumonía broncoaspirativa secundaria. Se procede al desinflado de la banda y tras resolución del cuadro pulmonar se realiza tránsito esófago-gastro-duodenal que muestra esófago sin contenido retenido que se encuentra dilatado y con contracciones no propulsivas. Rehistoriando a la paciente se objetiva un trastorno por atracones controlado en la actualidad, así como un inflado reciente de la banda a petición de la paciente. Se realiza gastroscopia que no muestra complicaciones. Se propone retirar BG y en un segundo tiempo practicar otro procedimiento bariátrico. Dada la negativa de la paciente, se decide la realización de ambos procedimientos en el mismo tiempo. Se interviene de forma programada por vía laparoscópica, retirando BG y se realiza un *bypass* creando un reservorio gástrico de 5 × 3 cm, asa biliar de 50 cm y asa alimentaria de 200 cm antecólica junto con cierre de mesos. El posoperatorio cursó sin incidencias y fue dada de alta al 3.<sup>er</sup> día posoperatorio.



**Discusión:** La BG en una técnica cada vez menos usada en España, ya que requiere un seguimiento muy estrecho del paciente y presenta un alto porcentaje de complicaciones. Las complicaciones más frecuentes son el deslizamiento de la banda, erosión gástrica, perforación e infecciones de repetición en el puerto subcutáneo. Otra complicación ampliamente descrita es la pseudoacalasia que puede llegar a condicionar una importante dilatación esofágica, como se objetivó en nuestro caso. En este caso, el sobreinflado de la banda y el antecedente de trastorno por atracones fueron factores predisponentes al desarrollo de complicaciones (dilatación esofágica y cuadro neumónico). Por eso, consideramos importante una selección adecuada de los pacientes y un seguimiento estricto posterior por especialistas en cirugía bariátrica.