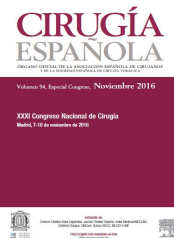




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-149 - MIGRACIÓN DE BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE AL INTERIOR DEL ESTÓMAGO

Otazu, Lucía; García Teruel, David; Fernández, Ana; Archilla, Helena; Senra, Fátima; Danés, Juanma; Cuberes, Rosa; García-Blanch, Gonzalo

Hospital de Móstoles, Móstoles.

Resumen

Introducción: La OMS reconoce la obesidad como una epidemia global y un grave problema de salud pública, por sus repercusiones orgánicas así como por su coste sanitario. Los pacientes con grados menores de obesidad son tributarios de medidas dietéticas, aumento de la actividad física y ciertas terapias conductuales, asociadas o no a tratamientos farmacológicos. La obesidad extrema o mórbida es con frecuencia refractaria al tratamiento convencional. La cirugía bariátrica ha demostrado ser el método más eficaz para conseguir una pérdida de peso sustancial y mantenida en el tiempo. Entre las técnicas quirúrgicas bariátricas, la colocación de la banda gástrica ajustable se caracteriza por ofrecer una pérdida de peso estable con bajo grado de complicaciones, con la subsecuente mejora de las comorbilidades tales como diabetes o hipertensión. Sin embargo, no está exenta de morbilidad. Los pacientes que presentan intolerancia a la banda gástrica, migración aguda o crónica, erosión o infección de la banda, requieren retirada de la misma. La ganancia ponderal posterior es más frecuente en aquellos pacientes en los que no se realiza otro tipo de cirugía bariátrica.

Caso clínico: Mujer de 41 años en cuya historia médica sólo se incluye HTA en tratamiento con Losartán. La paciente fue sometida en 2012 a colocación de banda gástrica, con posterior confirmación de normoposicionamiento mediante esofagogastroduodenoscopia (EGD). El peso previo a la intervención era de 106 kg (IMC 40), 6 meses después, la pérdida ponderal era de 40 kg (peso 66 kg, IMC 26). Tras 1 año y medio de seguimiento, la paciente comienza a aumentar paulatinamente de peso a pesar del control regular, con vómitos frecuentes. Se realizan 2 EGD, sin alteraciones. No refiere otra sintomatología. Se procede a intervención para retirada de banda y realización de otra técnica de cirugía bariátrica. Durante la intervención por vía laparoscópica no se objetiva macroscópicamente banda gástrica, por lo que se realiza apertura por laparotomía media, objetivando banda gástrica incluida en unión esofagogástrica. Se realiza gastrotomía y extracción de banda con posterior realización de gastrectomía tubular. La paciente no presentó complicaciones postoperatorias inmediatas, dándose de alta al 4º día sin incidencias.

Discusión: En las complicaciones postoperatorias de la banda gástrica ajustable (deslizamiento, prolapso gástrico, alteraciones en el reservorio), la erosión y la migración intragástrica se ha descrito como una complicación poco frecuente, normalmente asintomática. Se ha encontrado relación directa entre la tensión del estómago envuelto sobre la banda, así como con ajustes de volúmenes excesivos del reservorio. La incidencia real sólo se podría saber si se realizara una endoscopia a todos los pacientes, pues hasta un 30% de los pacientes son asintomáticos. El manejo varía según la localización y la clínica, puesto que una vez dentro del aparato digestivo puede avanzar por intestino delgado hasta una distancia máxima que depende del tubo

conector. Si $> 50\%$ se localiza en el interior del lumen, puede extraerse vía endoscópica, una vez que ha migrado más allá de píloro, se recomienda laparoscopia o laparotomía.