



P-110 - PERITONITIS SECUNDARIA A PERFORACIÓN YUXTACARDIAL POR DECÚBITO DE BANDA GÁSTRICA

Manzano Martín, María Isabel; Robles Fraguas, Rubén; Martínez Martínez, Yvana Anavy; Rodrigo Hernanz, Leyre; Lledó Izquierdo, Isabel; Meléndez Durán, Blas; Pozuelos Rodríguez, Ana María

Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Resumen

Objetivos: Describir una de las complicaciones que puede presentar la colocación de una banda gástrica en cirugía bariátrica.

Caso clínico: Mujer de 52 años, con antecedentes de colecistectomía laparoscópica en 2008 por cólicos biliares de repetición, obesidad con realización de cirugía bariátrica, portadora de banda gástrica ajustable desde hace cuatro años, sin seguimiento, que acude a Urgencias por cuadro de dolor abdominal de 3 días de evolución localizado en epigastrio, irradiado a región perumbilical y fiebre. A la exploración física, peritonismo localizado en hemiabdomen superior. En las pruebas complementarias realizadas, analíticamente presenta aumento de reactantes de fase aguda y leucocitosis. TC abdominal: engrosamiento y edema de grasa mesentérica localizada alrededor de la banda gástrica y trayecto del reservorio subcutáneo perteneciente a la misma sin neumoperitoneo. Endoscopia digestiva alta: banda gástrica intragástrica, por decúbito. Se interviene de urgencia, realizándose laparotomía media subcostal izquierda ampliada, liberación de adherencias, extracción de banda gástrica, rafia de la perforación gástrica con parche de fundus, omentectomía incluyendo trayecto del reservorio y limpieza de cavidad. El análisis microbiológico del líquido peritoneal determinó colonización por *Streptococcus intermedius*, que fué cubierto satisfactoriamente con antibioterapia empírica (Tazocel 4/0,5 g iv/6h). Hemocultivo positivo para *Candida glabrata* por lo que se asocia micafungina 100 mg i.v/24h. El análisis anatopatológico de la pieza quirúrgica dió como resultado severa inflamación granulomatosa abcesificada. Se realizó un tránsito gastroduodenal posterior a la cirugía, que fue normal. La paciente inició tolerancia al 5º día poscirugía, sin presentar complicaciones. Fue dada de alta a los 12 días postingreso, dada la evolución favorable.

Discusión: Una de las complicaciones no muy frecuente pero ya descrita de la banda gástrica, es el decúbito, total o parcial de la misma. La más frecuente es su migración craneal, o la excesiva presión y disfagia, dejar un reservorio estomacal amplio y/o el fracaso de la técnica por este u otro motivo. Es importante el seguimiento exhaustivo de este tipo de pacientes tanto por las comorbilidades asociadas, incluyendo las implicaciones psicológicas, como por las complicaciones derivadas de la técnica y del fracaso de la misma.