



www.elsevier.es/cirugia

P-705 - PERFORACIÓN GÁSTRICA EN PACIENTE PORTADORA DE BALÓN INTRAGÁSTRICO

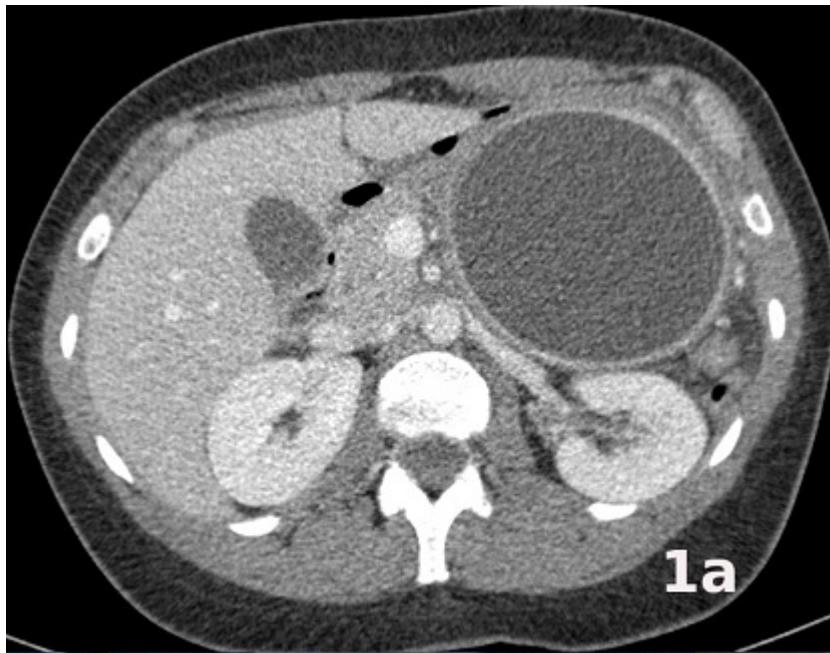
Martínez Moreno, José Luis; Calvo Córdoba, Antonio; Flores Pastor, Benito Manuel; Betoret Benavente, Lidia; Ramos Soler, Francisco José; Annese Pérez, Sergio; Buitrago Ruiz, Manuel; Aguayo Albasini, Jose Luis

Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia.

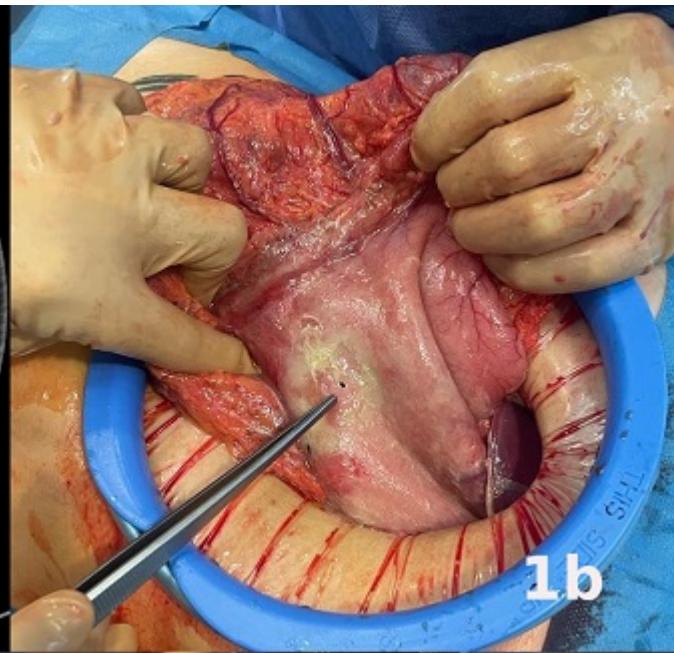
Resumen

Introducción: El balón intragástrico es un dispositivo utilizado en el tratamiento temporal de la obesidad mórbida o como puente a un *bypass* gástrico. La tasa de complicaciones es baja y habitualmente leves como náuseas, vómitos o dolor abdominal, sin embargo, no es una terapia inocua y puede presentar complicaciones, algunas potencialmente graves como la perforación gástrica (0,1%). Presentamos el caso de una paciente portadora de balón intragástrico con perforación gástrica.

Caso clínico: Mujer de 37 años que acude a Urgencias por dolor abdominal brusco de 12 horas. Antecedentes personales: portadora de un balón intragástrico desde hace 6 meses, sin otros antecedentes de interés. A la exploración presenta dolor difuso con focalidad en epigastrio e hipocondrio izquierdo con irritación peritoneal. En analítica destaca: leucocitosis $14,70 \times 10^3/\mu\text{L}$ con neutrofilia 87,10%, proteína C reactiva 0,60 mg/dL. Se solicitó TAC abdominopélvico (fig. 1a) que informa de neumoperitoneo leve en el compartimento supramesocólico y en torno al estómago sin poder definir localización de la perforación, y leve ascitis pélvica. Se realizó laparotomía media supraumbilical encontrando una peritonitis localizada en el compartimento supramesocólico secundaria a una perforación de unos 3 mm (fig. 1b) en cara anterior gástrica a nivel del cuerpo y engrosamiento generalizado de la pared gástrica. Se realizó gastrotomía incluyendo la perforación (fig. 1c), vaciado del balón y extracción (fig. 1d). Cierre en dos planos de la gastrotomía. Comprobación de la estanqueidad con azul de metileno. Drenaje tipo penrose a nivel de la curvatura menor. La paciente evolucionó favorablemente siendo alta al quinto día posoperatorio.



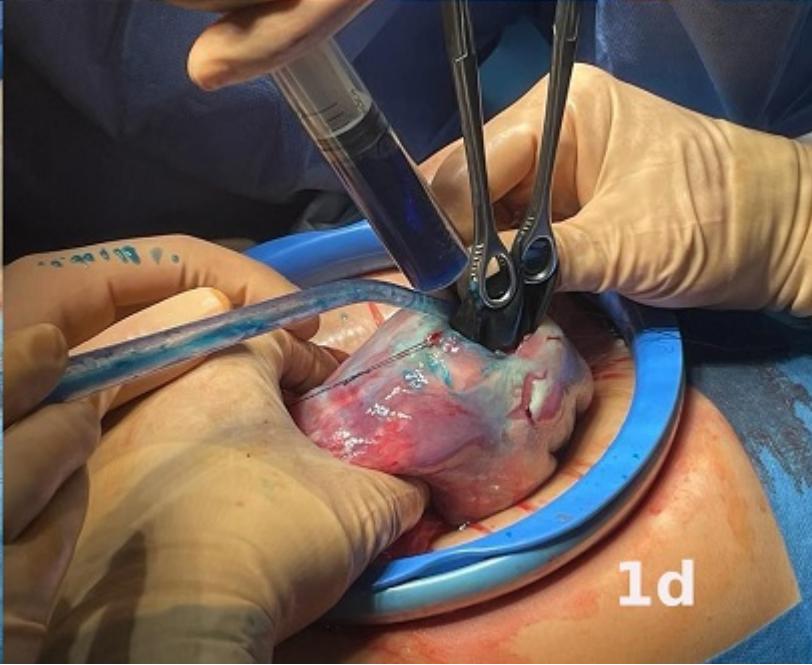
1a



1b



1c



1d

Discusión: El balón intragástrico basa su efecto en la ocupación del espacio gástrico que incrementa la saciedad, ayudando a la pérdida de peso en la obesidad. Presenta 2 grandes ventajas: su colocación endoscópica y una baja tasa de complicaciones (2,8%). Entre las complicaciones graves destacan perforación esofágica, perforación gástrica, obstrucción gástrica, rotura del balón, hemorragia, reflujo gastroesofágico, esofagitis y úlcera gástrica. La etiología de las perforaciones gástricas es desconocida, se estima que las úlceras gástricas se deben a la irritación de la pared y a la falta de citoprotección secundaria a la producción de prostaglandinas por la mucosa gástrica. La impactación de comida entre el balón y la pared gástrica puede incrementar la presión mural y generar una debilidad que produzca una perforación. El 60% de los casos presentan cirugía gástrica previa, no presente en nuestro caso, por ello se considera una contraindicación absoluta para su colocación. La técnica quirúrgica más empleada es una sutura y epipoplastia mediante laparoscopia o laparotomía, en nuestro caso se extrajo el balón a través de una gastrotomía y se suturó el defecto. Ante la existencia de un dolor abdominal súbito e intenso en un paciente con balón intragástrico debemos descartar perforación gástrica mediante prueba de imagen y si se confirma intervenir de forma urgente. En conclusión, la colocación de un balón intragástrico no está exenta de complicaciones, es importante un seguimiento estrecho y en caso de aparición de clínica sugestiva de complicaciones valorar su retirada.