



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



VC-012 - MANEJO DE LA PERFORACIÓN GÁSTRICA SECUNDARIA A BALÓN INTRAGÁSTRICO MEDIANTE CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Abellán Fernández, Jorge; Gianchandani Moorjani, Rajesh Haresh; García Martínez, Rubén; Saiz Lozano, Guillermo; Sánchez González, Juan Manuel; Camarasa Pérez, Ángel; Hernández Alonso, Ricardo; Jordán Balanzá, Julio César

Hospital Ntra. Sra. de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Resumen

Introducción: La endoscopia bariátrica se está abriendo paso en el manejo de pacientes con obesidad mórbida mediante la utilización de dispositivos reversibles, poco invasivos y temporales, cuyo máximo representante es el balón intragástrico. Actualmente en Europa está indicado en obesidad tipo I-II y puede mantenerse hasta un año. Produce una pérdida ponderal del 7-15% a un año de tratamiento, siendo superior a las medidas higiénico-dietéticas y fármacos. Tiene una tasa de complicaciones del 9,9%, la mayoría menores, y una morbilidad del 5%. Algunas complicaciones son la perforación gástrica, migración o rotura, oclusión, esofagitis, etc. La mortalidad (0,03%) ocurre sobre todo durante la colocación o retirada del dispositivo.

Caso clínico: Mujer de 32 años con antecedente de colocación endoscópica de balón intragástrico en abril de 2023, con 84 kg e IMC 31,6. Acude a urgencias a los 10 meses de colocación del balón, por dolor epigástrico brusco de alta intensidad, sin otros síntomas acompañantes. Niega toma de AINE u otros tóxicos. A la exploración presenta buen estado general, estabilidad hemodinámica con taquicardia de 100 lpm, eupneica, con abdomen depresible, con dolor epigástrico a la palpación sin defensa ni peritonismo. Peso actual 82 kg, IMC 30,9. Analíticamente destacan 22.900 L con neutrofilia. Se realiza una TC urgente que objetiva distensión gástrica, con balón intragástrico en su interior y colapso del antro-píloro, con una disrupción milimétrica mural, abundante neumoperitoneo de predominio abdominal superior y escaso líquido libre perigástrico. Todo ello compatible con perforación gástrica, probablemente secundaria al dispositivo intragástrico. Se decidió cirugía urgente laparoscópica, evidenciando peritonitis purulenta en hemiabdomen superior y un estómago distendido con una perforación de 0'5cm en la cara anterior antral. Se amplió la perforación para extraer el balón y se cerró con una sutura barbadada reabsorbible. La paciente fue dada de alta al 4º día posoperatorio tras una evolución satisfactoria.

Discusión: Este caso subraya los potenciales riesgos asociados a la colocación endoscópica del balón intragástrico, un procedimiento cada vez más utilizado en el manejo de la obesidad. Aunque se considera un tratamiento relativamente seguro y efectivo, con complicaciones menores, este caso resalta una complicación grave y poco frecuente: la perforación gástrica. El mecanismo no está del todo bien descrito, pero se cree que la hiperpresión del balón sobre la pared gástrica produce una

erosión y posteriormente úlcera que provoca la perforación. En este caso se requirió cirugía urgente, por lo que la rápida identificación y manejo quirúrgico adecuado fueron fundamentales para evitar otras complicaciones mayores y lograr una recuperación satisfactoria. Además, se debe considerar la necesidad de un seguimiento cercano tras el procedimiento para detectar y manejar precozmente posibles complicaciones, minimizar los riesgos y mejorar los resultados a largo plazo. La perforación gástrica es una complicación infrecuente pero grave en pacientes portadores de balón intragástrico. Es importante una cuidadosa evaluación preoperatoria y un seguimiento cercano para detectar y manejar precozmente complicaciones, así como no mantener más de un año estos dispositivos. La cirugía urgente laparoscópica mínimamente invasiva en manos de expertos permite resolver estas complicaciones permitiendo una recuperación más rápida.