

Notas clínicas

HYPEREMESIS IN A PREGNANT WOMAN WITH A GASTRIC BAND

Nausea and vomiting occurs in 50-90% of pregnancies, usually beginning by 5-6 weeks of gestation and resolving by week 20. However, symptoms may persist through the third trimester in 15-20% and even until childbirth in 5%. The first phase of gastric herniation, as a complication of adjustable gastric lap band placement, is characterized by pyrosis due to gastroesophageal reflux until complete feeding intolerance occurs. Improvement of this condition, mainly in the incipient phases, is achieved by complete band decompression. We present the case of a pregnant woman who underwent laparoscopic adjustable gastric banding who presented with nausea, vomiting and oral intolerance, a clinical picture compatible with hyperemesis gravidarum, related to gastric herniation.

Key words: Hyperemesis. Pregnancy. Gastric band. Slippage.

Hiperemesis en mujer gestante portadora de banda gástrica

ANA ZUGASTI^a, CLAUDIA M. CAUSSO^b, ESTRELLA PETRINA^c, IÑAKI ROMEO^d Y CARLOS LARRAÑAGA^e

^aUnidad de Nutrición y Dietética. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. Navarra. España.

^bServicio de Endocrinología. Hospital de Navarra. Pamplona. Navarra. España.

^cSección de Nutrición y Dietética. Hospital de Navarra. Pamplona. Navarra. España.

^dServicio de Cirugía General. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. Navarra. España.

^eServicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. Navarra. España.

El 50-90% de las embarazadas tiene náuseas y vómitos a partir de la quinta, sexta semana de la gestación que habitualmente desaparecen en la semana 20. Sin embargo, en un 15-20% los síntomas continúan durante el tercer trimestre y en un 5% hasta el parto. La herniación gástrica tras la colocación de una banda gástrica ajustable cursa con una primera fase de pirosis por reflujo hasta desarrollar una intolerancia alimentaria total que se soluciona, sobre todo, en fases incipientes, abriendo el paso del estoma. Presentamos el caso de una gestante portadora de una banda gástrica con cuadro de vómitos e intolerancia oral, compatible clínicamente con el diagnóstico de "hiperemesis gravídica, en relación con herniación gástrica".

Palabras clave: Hiperemesis. Gestación. Banda gástrica. Herniación gástrica.

INTRODUCCIÓN

La cirugía de la obesidad mórbida representa el último recurso en pacientes en quienes han fracasado otros tipos de tratamiento conservador y el objetivo es prevenir y/o tratar las comorbilidades, así como mejorar la calidad de vida¹. La colocación de una banda gástrica ajustable es uno de los procedimientos menos invasivos y se realiza por vía laparoscópica con bastante facilidad. Las complicaciones más frecuentes que se pueden presentar son: la dilatación o herniación gástrica por encima de la banda (fig. 1), la erosión o inclusión intragástrica de ésta, los problemas del reservorio y sus conexiones y los trastornos motores esofágicos²⁻⁸. Las mujeres en edad fértil deben evitar la gestación al menos durante el primer año tras la cirugía bariátrica⁹.

Correspondencia: Dra. A. Zugasti.
Unidad de Nutrición y Dietética. Hospital Virgen del Camino.
Irunlarrea, 4. 31008 Pamplona. Navarra. España.
Correo electrónico: azugas@hotmail.com

Manuscrito recibido el 8-3-2007 y aceptado para su publicación el 10-7-2007.

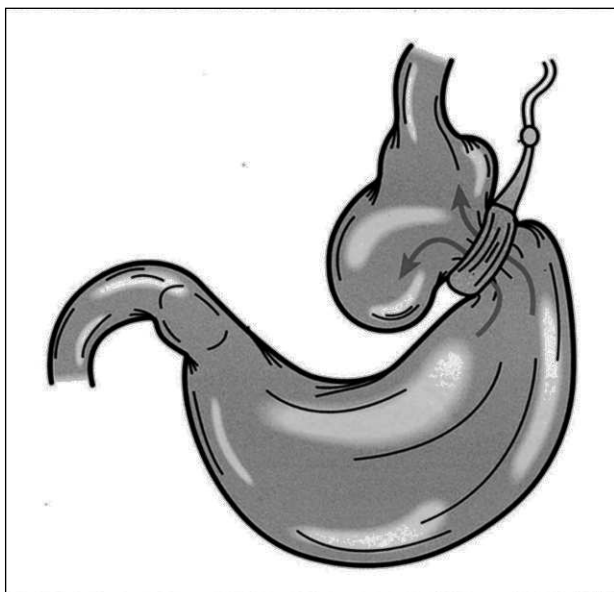


Fig. 1. Esquema del procedimiento de aplicación de banda gástrica ajustable.

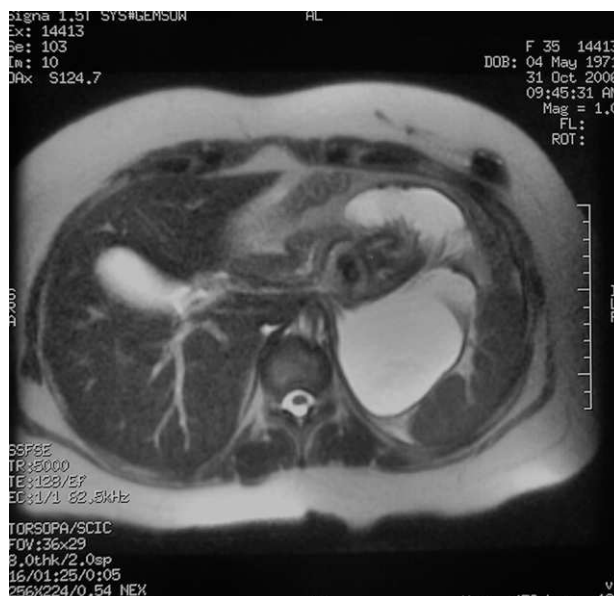


Fig. 2. Resonancia magnética que muestra la obstrucción gástrica con desplazamiento de la banda.

Presentamos el caso de una mujer embarazada, portadora de una banda gástrica, con cuadro de vómitos e intolerancia oral.

CASO CLÍNICO

Paciente de 35 años con antecedentes quirúrgicos de meniscectomía en rodilla derecha, apendicectomía y banda gástrica ajustable (fig. 1) en un centro privado en abril de 2006, y antecedentes ginecológicos de 3 embarazos, 2 abortos y fecha de la última regla el 10 de mayo de 2006.

Refiere un índice de masa corporal (IMC) previo a la cirugía de 47, sin comorbilidades asociadas. Tras la colocación de la banda y en las primeras 19 semanas de la gestación mantiene una buena tolerancia de la dieta, con pérdida de 24 kg (el 16,5% del peso total) en ese período. El 25 de septiembre (19 semanas más 5 días de gestación) acude a urgencias por hiperemesis de 72 h de evolución con ingesta prácticamente nula. Tras constatar valores dentro de la normalidad en la analítica (hemograma e iones), junto con estabilización clínica tras tratamiento con antieméticos, se le da de alta con el juicio clínico de hiperemesis gravídica. Se pauta dieta libre y metoclopramida. A los 5 días del alta hospitalaria es valorada por el cirujano que le colocó la banda gástrica y tras petición de la paciente se quita la presión de la válvula.

La paciente acude de nuevo a urgencias 48 horas después (20 semanas más 5 días de gestación) refiriendo los mismos síntomas. En las analíticas realizadas destaca un aumento leve de ALT (76 U/l); el hemograma, los iones, la función renal y las hormonas tiroideas se mantenían dentro de la normalidad. El servicio de cirugía general valora a la paciente y, dada la reciente apertura del estoma y que la evolución con antieméticos es favorable, no considera necesario realizar una esofagoscopia en ese momento. Tras permanecer ingresada durante 12 días y comprobar buena tolerancia oral se le da de alta.



Fig. 3. Retirada de la banda gástrica por laparotomía.

A los 20 días (23 semanas más 4 días de gestación), acude de nuevo a urgencias por vómitos incoercibles desde el alta. En la analítica destacan deshidratación con insuficiencia renal prerrenal, hipernatremia, hipopotasemia y elevación de transaminasas, amilasa y lipasa. Tras instaurar tratamiento con antieméticos y fluidoterapia presenta mejoría clínica y analítica. Se realiza gastroscopia con hallazgo de esofagitis péptica grado I/IV y úlcera gástrica secundaria a estómago retencionista, con imposibilidad de pasar al antro gástrico. Tras comprobar por resonancia magnética la obstrucción parcial gástrica en probable relación con desplazamiento de la banda (fig. 2), se la retira por cirugía laparotómica (fig. 3). Tras la intervención se reinicia la dieta oral con buena tolerancia y sin ninguna complicación. Ante los valores de desnutrición proteica moderada en contexto del embarazo se aconseja tomar suplementos orales al alta que la paciente rechaza. A los 20 días del alta hospitalaria

(28 semanas más 5 días de gestación), acude a revisión con buen estado general, buena tolerancia de la dieta oral y ganancia de 14 kg de peso; en la analítica únicamente destaca anemia normocítica normocrómica, habitual para su estado. No se comprobó ninguna alteración en el estado ni el desarrollo fetal en todo el proceso.

DISCUSIÓN

En 1985, Kuzmak¹⁰ coloca la primera banda ajustable, creando un reservorio y un estoma calibrado en un solo paso. El reservorio subcutáneo permite regular el calibre de salida del estoma inflando o desinflando la banda y, por consiguiente, modificar la resistencia del paso de los alimentos en cualquier momento, según la respuesta del paciente y sin necesidad de reintervenir. En 1993, Belachew et al¹¹ y Cadière et al¹² presentan un nuevo diseño de bandeleta adaptada para ser colocada mediante abordaje laparoscópico. Durante los últimos años han aparecido otras bandas con distintas variaciones sutiles. A las 24 h de la intervención se inicia la tolerancia oral, manteniendo una dieta semilíquida el primer mes. Pasadas las primeras 4 semanas se permite la ingesta de alimentos sólidos y, en función del grado de saciedad y de la resistencia al paso de los alimentos, se realiza un nuevo calibrado del estoma. La herniación gástrica tiene una incidencia variable, entre el 3,6 y el 12,5%, de los casos y la mayor parte se presentaba cuando se realizaban reservorios de mayor volumen. La colocación más alta de la banda, utilizada en la técnica *pars flaccida*, disminuye la incidencia de prolapso¹³⁻¹⁵. En fases iniciales se soluciona con la apertura del estoma¹⁶. Los riesgos que implicaba para el embarazo la vía laparoscópica hicieron que se retirara la banda por cirugía abierta. Con respecto a la pérdida de peso, el estudio de cohorte SOS obtiene resultados similares a los conseguidos con la gastroplastía vertical anillada, pero en ambos procedimientos fueron claramente inferiores a los obtenidos con el *bypass* gástrico¹⁷. A largo plazo la banda gástrica no parece ser una técnica eficaz para la pérdida de peso¹⁸.

A pesar de que el efecto en la digestión y la absorción alimentaria es mínimo, la pérdida de peso que se produce en los primeros 12-18 meses hace que se desaconseje la gestación en este período. Dado el momento del embarazo en el que la paciente presentaba el cuadro clínico, junto con la persistencia de los síntomas a pesar de abrir el estoma, hace que sea la hiperemesis gravídica la primera opción diagnóstica que se planteó. Durante el embarazo aumentan las necesidades energéticas y a todas las mujeres se les pauta suplementos (yodo, polivitamínicos, calcio, hierro, etc.) para el desarrollo fetal correcto. No es, por tanto, el momento ideal para realizar una dieta hipocalórica ni para someterse a una técnica bariátrica, por poco riesgo quirúrgico que implique. Las mujeres en edad

fértil que se sometan a este tipo de procedimientos deben ser informadas de estos aspectos y retrasar la gestación hasta la estabilización del peso, siempre que la situación nutricional sea adecuada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). Consenso SEEDO 2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Med Clin (Barc). 2000;115:587-97.
2. Weiner R, Blanco-Engert R, Weiner S, Matkowitz R, Schaefer L, Pomhoff I. Outcome after laparoscopic adjustable gastric banding, 8 years experience. Obes Surg. 2003;13:427-34.
3. Belachew M, Belva PH, Desaive C. Long-term results of laparoscopic adjustable gastric banding for the treatment of morbid obesity. Obes Surg. 2002;12:564-8.
4. Vertruyen M. Experience with lap-band system up to 7 years. Obes Surg. 2002;12:569-72.
5. Agrisani L, Alkilani M, Basso N, et al. Laparoscopic Italian experience with the lap-band. Obes Surg. 2001;11:307-10.
6. Favretti F, Cadiere GB, Segato G, et al. Laparoscopic banding: selection and technique in 830 patients. Obes Surg. 2002;12:385-90.
7. O'Brien PE, Dixon JB, Brown W, et al. The laparoscopic adjustable gastric band (lap-band): a prospective study of medium-term effects on weight, health and quality of life. Obes Surg. 2002;12:652-60.
8. Steffen R, Viertho L, Ricklin T, Piec G, Sorber F. Laparoscopic swedish adjustable gastric banding: a five-year prospective study. Obes Surg. 2003;13:404-11.
9. SECO. Recomendaciones de la SECO para la práctica de la cirugía bariátrica (Declaración de Salamanca). Cir Esp. 2004;75:312-4.
10. Kuzmak LI. Silicone gastric banding: a simple and effective operation for morbid obesity. Contemp Surg. 1986;28:13-8.
11. Belachew M, Legrand M-J, Defechereux T, Burtheret M-P, Jaquet N. Laparoscopic adjustable silicone gastric banding in the treatment of morbid obesity: a preliminary report. Surg Endosc. 1994;8:1354-6.
12. Cadière GB, Bruyns J, Himpens J. Laparoscopic gastroplasty for morbid obesity. Br J Surg. 1994;81:1524-7.
13. Sherwinter DA, Powers CJ, Geiss AC, Howard M, Warman J. Posterior prolapse: an important entity even in the modern age of the *pars flaccida* approach to lap-band placement. Obes Surg. 2006;16:1312-7.
14. Zappa MA, Micheletto G, Lattuada E, Mozzi E, Spinola A, Meco M, et al. Prevention of pouch dilatation after laparoscopic adjustable gastric banding. Obes Surg. 2006;16:132-6.
15. Wolnerhanssen B, Kern B, Peters T, Ackermann C, Von Flue M, Peterli R. Reduction in slippage with 11-cm lap-band and change of gastric banding technique. Obes Surg. 2005;15:1050-4.
16. Niville E, Dams A. Late pouch dilatation after laparoscopic adjustable gastric and esofagogastric banding: incidence, treatment, and outcome. Obes Surg. 1999;9:381-4.
17. Sjostrom L, Lindroos AK, Peltonen M, Torgerson J, Bouchard C, Carlsson B, et al. Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. N Engl J Med. 2004;351:2683-93.
18. De María J, Sugermann J, Meador JG, et al. High failure rate after laparoscopic adjustable silicone gastric banding for the treatment of morbid obesity. Ann Surg. 2001;233:809-18.