

El tratamiento estándar es la cirugía radical; tanto para el primario, como para la recurrencia local o de metástasis a distancia. El papel de la quimioterapia y la radioterapia es incierto, considerándose en casos de enfermedad localmente avanzada, recidiva local o metástasis a distancia, aunque con resultados discutibles<sup>1,2,4</sup>.

El pronóstico es difícil de establecer, dada la falta de conocimiento del comportamiento biológico de estos tumores y la gran variedad de resultados en los escasos estudios publicados. Según algunos autores: el tamaño mayor de 5cm; un índice mitótico > 1/50 HPF; la necrosis; las células con pleomorfismo nuclear; crecimiento infiltrante o alto grado nuclear, se consideran factores de mal pronóstico asociándose con un comportamiento más agresivo del tumor, recurrencia y/o metástasis a distancia<sup>2</sup>. Folpe<sup>1,6</sup> propuso una clasificación basándose en estos criterios, considerando: a) benignos, si no presentan ningún parámetro de los anteriores; b) potencial biológico incierto, si sólo poseen tamaño superior a 5 cm ó células gigantes con pleomorfismo nuclear y c) malignos, cuando posee más de 2 criterios de mal pronóstico.

En nuestro caso fue catalogado de pronóstico incierto y presentado en comité multidisciplinar de tumores digestivos, decidiéndose seguimiento estrecho de la paciente.

Pensamos que como Khaja<sup>5</sup> comenta, ante una LOE hepática con diagnóstico radiológico incierto el tratamiento de elección es la exéresis con márgenes libres.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Cuevas Herrero Ó, Escobar Lezcano L, Rodríguez Blaco M, Artigas Raventós V. PEComa, un raro tumor de células epitelioides. *Cir Esp.* 2015;93:e65-7.
2. Navarro-Pelayo Lainez MM, Ramos Font C, Rebollo Aguirre AC, Rodríguez Fernández A, Llamas Elvira JM. Tumor epiteloide perivascular uterino. Utilidad de la tomografía por emisión de positrones con <sup>18</sup>F-fluordesoxiglucosa en su estadificación y seguimiento. *Rev Esp Med Nucl.* 2010;29:258-62.
3. Domínguez-González M, Coronel Villarán MJ, Rubio Garrido J, Holgado Fernández A, Herreros López JA, Martín Gutiérrez A. Tumor de células epitelioides perivasculares en cuerpo uterino asociado a complejo de esclerosis tuberosa en mujer de 18 años. *Prog Obstet Ginecol.* 2013;56:147-50.
4. Sánchez Pérez B, Suárez Muñoz MA, Aranda Narváez JM, Fernández Aguilar JL, Santoyo Santoyo J. Tumor de células epitelioides perivasculares (PEComa) hepático. *Cir Esp.* 2009;85:184-6.
5. Khaja F, Carilli A, Baidas S, Sriharan A, Nordford S. PEComa: A perivascular epithelioid cell tumor in the liver- A case report and review of literatura. *Case Rep Med.* 2013;2013:1-4.
6. Folpe AL, Mentzel T, Lehr H-A, Fisher C, Balzer B, Weiss SW. Perivascular epithelioid cell neoplasms of soft tissue and gynecologic origin. *Am J Surg Pathol.* 2005;29:1558-75.

Martina Arribas Jurado<sup>a\*</sup>, Ivía Revollo<sup>a</sup>, Alejandro Rubio Fernández<sup>b</sup>, Francisco Galeano Díaz<sup>a</sup> y Gerardo Blanco Fernández<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático, Hospital Infanta Cristina, Badajoz, España

<sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Infanta Cristina, Badajoz, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [marribasj85@gmail.com](mailto:marribasj85@gmail.com) (M. Arribas Jurado).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.07.011>  
0009-739X/

© 2014 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Migración y perforación de una banda gástrica en el intestino delgado

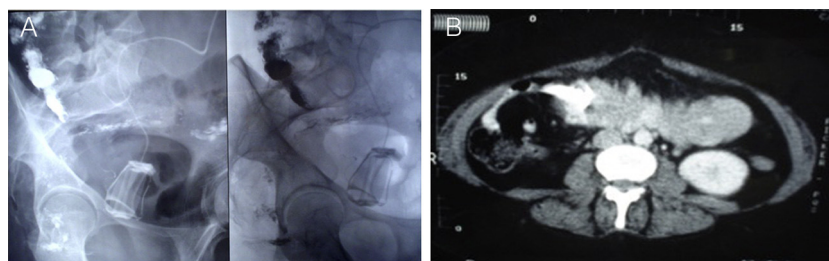


## Migration and perforation of a gastric band in the small bowel

La banda gástrica ajustable laparoscópica (BGAL) es un procedimiento seguro y reversible que conlleva una baja mortalidad y morbilidad, de aproximadamente 0,05 y 11,3% respectivamente<sup>1</sup>. Aún así esta tiene una tasa de readmisión alta y cirugía de revisión de hasta un 52%<sup>1</sup>. Sus complicaciones postoperatorias tardías son frecuentes y probablemente no están documentadas completamente. La erosión y la migra-

ción de la banda gástrica tienen una incidencia de 0,6-3%<sup>1</sup>. Aquí presentamos un caso raro de erosión de una banda gástrica a través del estómago y su posterior migración hacia el íleon, causando múltiples perforaciones intestinales.

Una mujer de 51 años con antecedentes de obesidad mórbida fue sometida un año antes a una BGAL con una pérdida de peso de 25 kg con 2 reajustes. Consultó en el



**Figura 1 – A. Fluoroscopia que evidencia la banda gástrica al nivel de la fosa iliaca derecha. B. Corte transversal de la TC de abdomen y pelvis que muestra la banda gástrica dentro de la luz intestinal.**

servicio de urgencia de otro centro por dolor abdominal difuso y vómitos biliosos. Los exámenes evidenciaron una amilasa de 4.000 mg/dl y lipasa de 1.100 mg/dl, siendo diagnosticada de pancreatitis aguda, Balthazar B a la tomografía computarizada (TC) de abdomen y pelvis con contraste oral e intravenoso (iv). La paciente fue tratada mediante dieta absoluta, hidratación endovenosa y analgesia respondiendo parcialmente, continuando con los vómitos y el dolor abdominal.

Se le efectuó un tránsito de esófago-estómago-duodeno que mostró el fondo del estómago herniado, sin visualización de la banda gástrica. Finalmente fue trasladada a nuestro centro.

Persistió con dolor abdominal sin irritación peritoneal. Los niveles de amilasa y lipasa eran normales, pero tenía una proteína C-reactiva de 21 mg/l y un recuento de glóbulos blancos de 13.200/mm<sup>3</sup>. Una endoscopia digestiva alta mostró, a nivel del fondo y del antro proximal una gran lesión ulcerada con un objeto extraño correspondiente al tubo conector de la banda gástrica. Bajo fluoroscopia se inyectó medio de contraste en el reservorio, evidenciando la migración de la banda en la fosa iliaca derecha, y una nueva TC de abdomen y de pelvis con contraste reveló la posición intraluminal de la banda (fig. 1).

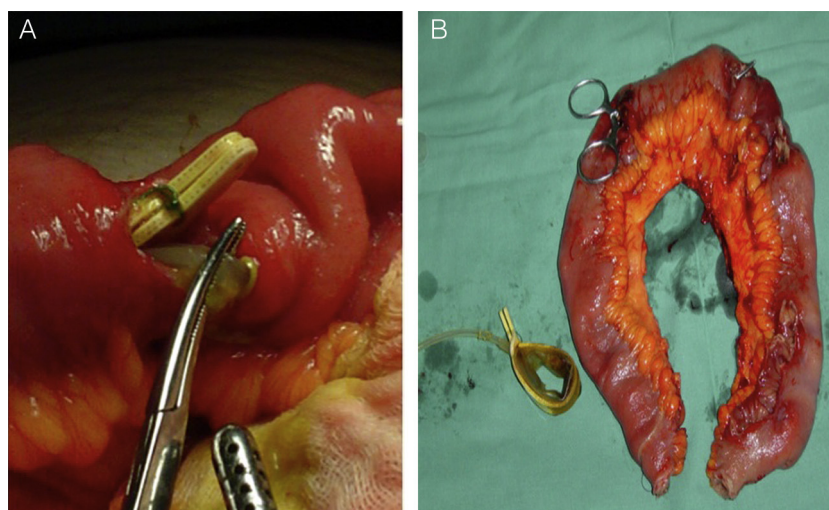
Se indicó la intervención, efectuando una laparoscopia exploradora en pabellón, donde se visualizó el tubo conector penetrando en la pared gástrica, pero la banda no se pudo

identificar, por lo que se convirtió a cirugía abierta. Explorando la cavidad se encontraron múltiples perforaciones del intestino delgado, finalmente evidenciando la banda a 20 cm de la válvula ileocecal. Se realizó una resección de 40 cm del íleon y se reparó mediante una anastomosis término-terminal (fig. 2). La evolución de la paciente fue sin incidentes.

Las complicaciones tardías de la banda gástrica incluyen problemas del puerto y conector, reflujo, dilatación del pouch, prolapso, dilatación esofágica y erosión. Esto conlleva muchas veces cirugías de revisión que finalizan con la retirada de la banda y el rechazo por parte del paciente de la técnica.

La erosión de la banda o su migración intragástrica es una complicación temida y permanece mientras la banda esté instalada. Las causas propuestas en su mecanismo son en relación con una lesión subclínica gástrica en el momento de la instalación, un cierre muy apretado, una presión interna elevada al ingerir bolos de comida muy grandes y alguna reacción anormal del tejido en contacto con la prótesis<sup>2</sup>.

En la literatura hay 8 casos descritos de migración de la banda hacia el intestino delgado, con uno que presentó perforaciones de este<sup>2-9</sup>. Ha habido también casos en los que el tubo conector se desconecta y perfora desde afuera la pared del intestino<sup>10</sup>. Clínicamente estos pacientes pueden presentar un cuadro compatible con obstrucción intestinal, infección de los puertos o fallo en perder peso<sup>3-8</sup>. Normalmente no presentan peritonitis, dado que la perforación es de



**Figura 2 – A. Segmento de íleon perforado por la banda gástrica. B. Pieza completa donde se aprecian las múltiples perforaciones.**

lento desarrollo, lo que permite que la reacción inflamatoria crónica lo aisle. En nuestro caso llama la atención que la paciente tuvo pancreatitis previamente, pero parece ser circunstancial.

Su diagnóstico es complejo y se debe tener un alto índice de sospecha. La infección persistente del sitio del reservorio puede ser su primera manifestación. La TC con contraste iv debe ser la modalidad de elección, ya que permite identificar con mayor precisión la localización de la banda y su repercusión<sup>4</sup>. Por otro lado la fluoroscopia es simple de realizar, objetivando la migración de la banda, y la endoscopia digestiva alta puede ser terapéutica, removiéndola en caso de ser posible<sup>3</sup>.

El tratamiento va a depender de la clínica y del grado de migración de la banda. Si la banda se encuentra dentro del estómago con más del 50% de su circunferencia se puede intentar una retirada endoscópica, lo cual es menos invasivo y morbido<sup>2</sup>. En los casos en que esté migrada hacia el intestino delgado y mas aún, asociada a perforaciones, se requiere un abordaje abierto. La retirada de la banda y su reinstalación inmediata no se recomienda por su alta tasa de fracaso y de riesgo.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. McBride CL, Kothari V. Evolution of laparoscopic adjustable gastric banding. *Surg Clin North Am.* 2011;91:1239-47.
2. Sapalidis K, Liavas L, Panteli N, Kosmatopoulos E, Anastasiadis I, Charalambides S, et al. Intrajejunal migration of adjustable gastric band: A case report. *Curr Health Sci J.* 2013;39:118-20.
3. Bueter M, Thalheimer A, Meyer D, Fein M. Band erosion and passage, causing small bowel obstruction. *Obes Surg.* 2006;16:1679-82.

4. Salar O, Waraich N, Singh R, Awan A. Gastric band erosion, infection and migration causing jejunal obstruction. *BMJ Case Rep.* 2013. <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2012-007737>.
5. Lantsberg L, Kirshtein B, Leytzin A, Makarov V. Jejunal obstruction caused by migrated gastric band. *Obes Surg.* 2008;18:225-7.
6. Egbare DM, Myers AF, Lawrance RJ. Small bowel obstruction secondary to intragastric erosion and migration of a gastric band. *J Gastrointest Surg.* 2008;12:983-4.
7. Bassam A. Unusual gastric band migration outcome: Distal small bowel obstruction and coming out per-rectum. *Pan Afr Med J.* 2012;13:59.
8. Shah KG, Molmenti EP, Nicastro J. Gastric band erosion and intraluminal migration leading to biliary and small bowel obstruction: case report and discussion. *Surg Obes Relat Dis.* 2011;7:117-8.
9. Creedon L, Leeder P, Awan A. Laparoscopic adjustable gastric band erosion and migration into the proximal jejunum. *Surg Obes Relat Dis.* 2014;10:e19-21.
10. Tekin A. Migration of the connecting tube into small bowel after adjustable gastric banding. *Obes Surg.* 2010;20:526-9.

Federico Oppliger\*, Horacio Ríos y Luis Manríquez

Departamento de Cirugía, Universidad del Desarrollo - Clínica Alemana, Santiago, Chile

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [foppliger@gmail.com](mailto:foppliger@gmail.com) (F. Oppliger).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.07.008>  
0009-739X/

© 2014 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Reducción en masa de una hernia inguinal encarcerada. Abordaje urgente por laparoscopia<sup>☆</sup>



### En masse reduction of an incarcerated inguinal hernia. Emergency laparoscopic management

La reducción en masa de una hernia inguinal encarcerada ocurre cuando el saco herniario queda reducido en el espacio preperitoneal tras una maniobra de taxis o durante la cirugía de reparación herniaria. Las asas intestinales continúan encarceradas en el saco, persistiendo por tanto la oclusión intestinal pese a la aparente reducción exitosa de la hernia<sup>1,2</sup>. Se trata de una complicación extremadamente rara, descrita

por primera vez por Luke<sup>3</sup> en 1843. Su frecuencia fue estimada por Corner y Howitt<sup>4</sup> en 1908 en aproximadamente el 0,3% de las hernias encarceradas, aunque su incidencia actual es probablemente menor debido al aumento de las reparaciones herniarias en fases tempranas.

Describimos el caso de un paciente varón de 40 años que como único antecedente presentaba una discapacidad intelectual. Acudió a Urgencias por un cuadro de dolor abdominal asociado a una tumoración inguinal izquierda dolorosa, sin ser capaz de especificar el tiempo de aparición de la sintomatología. A la exploración el abdomen era blando y depresible, sin signos de irritación peritoneal, con peristaltismo intestinal

<sup>☆</sup> Caso clínico presentado en el 29 Congreso Nacional de Cirugía, celebrado en Madrid, del 12 al 15 de noviembre de 2012, en formato de póster, con el título: «¿Nos quedamos tranquilos al reducir una hernia en urgencias?».