

Vómitos en paciente con banda gástrica

Francisca García-Moreno Nisa^{1,2}, Eduardo Lisa Catalán¹, Sara Corral Moreno¹, Sandra Yagüe Adán¹, Julio Galindo Álvarez^{1,2}

¹ Servicio de Cirugía General y Digestivo. Hospital Ramón y Cajal (Madrid)

² Departamento de Cirugía. Universidad de Alcalá

Palabras claves: Gastric band, bariatric surgery, gastric necrosis (banda gástrica, cirugía bariátrica, necrosis gástrica)

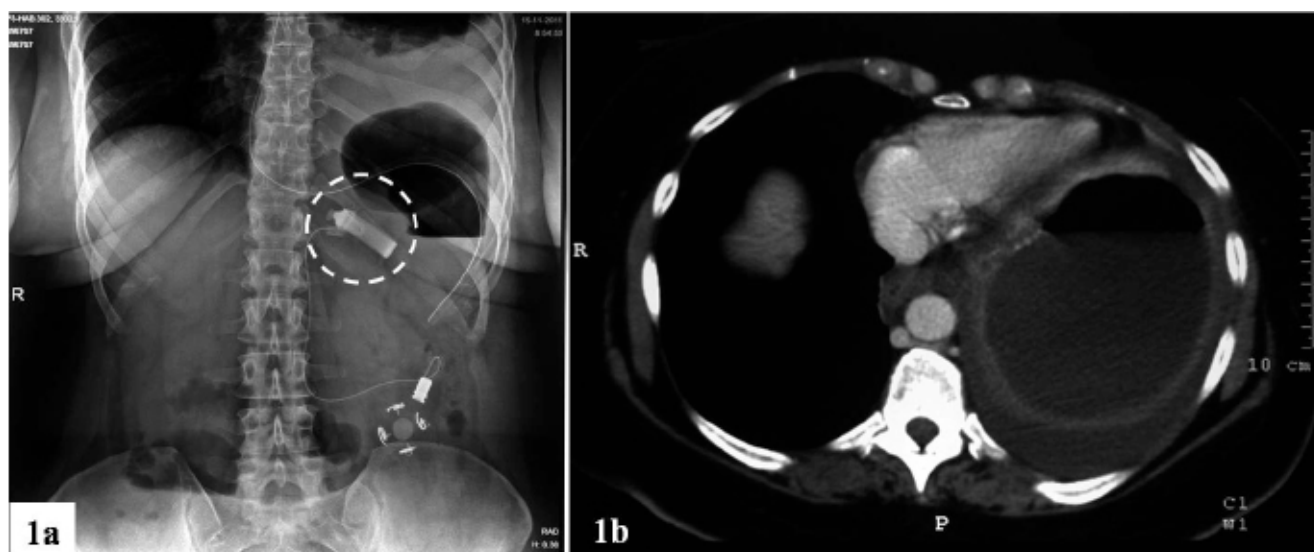


Figura 1.

1a) Imagen en radiología de tórax que demuestra mala posición de la banda gástrica (----) formando un ángulo superior a 30° con los cuerpos vertebrales. 1b) Imagen de absceso subfrénico izquierdo simulando fundus gástrico.

Caso clínico

Mujer de 52 años remitida a nuestro Servicio de Urgencias desde otro hospital por un cuadro de vómitos de una semana de duración. Portadora de banda gástrica ajustable desde hacía 18 meses, en las últimas 6 semanas se habían realizado varios ajustes por insuficiente pérdida de peso. La paciente refería vómitos y dolor epigástrico intermitente de 9 días de evolución. Desde el inicio de la clínica se habían realizado varios

intentos de vaciar la banda gástrica sin conseguir mejora de la sintomatología. En la radiología de tórax y TAC se objetivó una migración distal de la misma sin vaciamiento gástrico, ulceración gástrica en la endoscopia y leucocitosis asociada.

Se decide realizar una revisión laparoscópica urgente, previo consentimiento informado, comprobando que existía una necrosis gástrica secundaria a migración distal de la banda con peritonitis secundaria, realizando gastrectomía atípica del fundus. La evolución postoperatoria fue satisfactoria.

La banda gástrica ajustable laparoscópica es un procedimiento seguro con baja mortalidad¹. Sin embargo se asocia a una tasa de reingreso² del 13% y hasta en un 52% de los pacientes es necesaria cirugía de revisión por fracaso de la técnica³.

Correspondencia: Francisca García-Moreno Nisa francisca.garciam@uah.es, plpunisa@mixmail.com. Servicio de Cirugía General y Digestivo. Hospital Ramón y Cajal. Crta de Colmenar s/n, 28035 Madrid.

Además de las complicaciones perioperatorias, existen otras a largo plazo⁴ que como ocurre en nuestro caso pueden ser potencialmente muy graves. Entre ellas la más destacable sería la erosión gástrica, que en situaciones extremas puede provocar migración intragástrica de la banda y la necrosis gástrica por deslizamiento/prolapso que provoque dificultad en la vascularización de la pared gástrica.

La meticulosidad en los ajustes de la banda y la sospecha diagnóstica precoz en los pacientes que presentan vómitos y dolor abdominal es fundamental para evitar estas complicaciones tan graves.

Bibliografía

1. Busetto L, Angrisani L, Basson N, Favretti F, Furbetta F, Lorenzo M; Italian Group for Lap-Band. Safety and efficacy of laparoscopic adjustable gastric banding in the elderly. *Obesity* 2008; 16:334-8.
2. Saunder J, Ballantyne GH, Belsey S, Stephens DJ, Trivedy A, Ewing DR et al. One-year readmission rates at a high volume bariatric surgery center: laparoscopic adjustable gastric banding, laparoscopic gastric bypass, and vertical banded gastroplasty-Roux-en-Y gastric bypass. *Obes Surg* 2008; 10:1233-40.
3. Matlach J, Adolf D, Benedix F, Wolff S. Small-diameter bands lead to high complications rates in patients after laparoscopic adjustable gastric banding. *Obes Surg* 2011; 21:448-56.
4. Snow JM, Severson PA. Complications of adjustable gastric banding. *Surg clin N Am* 2011; 91:1249-64.