

## ¿Es la reposición laparoscópica de la banda gástrica una buena opción para el deslizamiento?

Alfonso Antequera, Deirdre Nally, Naveed Jabbar, Patricia Cronin, Niamh Mc Cowley

Adelaide & Meath Hospital. Trinity College of Dublin, Ireland ✉ [alfant@gmail.com](mailto:alfant@gmail.com)

**Resumen.** Se presenta el caso de una paciente que se sometió a la banda gástrica hace 4 años. Fue ingresada en nuestro hospital con un episodio agudo de vómitos e intolerancia alimentaria. Se discutieron con el paciente las diferentes opciones, que incluían la sustitución de la banda, volver a ajustarla o retirada y se tomó la decisión de cambiar la posición del grupo.

**Palabras clave:** Deslizamiento de la banda gástrica, banda gástrica, la cirugía bariátrica

La banda gástrica ajustable laparoscópica (BGAL) es la segunda operación bariátrica más realizada en el mundo [1]. Se debe a su excelente perfil de seguridad a corto plazo, a pesar de su tardía aprobación por la FDA de EE.UU. La BGAL tiene una baja morbilidad, baja mortalidad al mes y al año, y una menor duración de la estancia hospitalaria comparada con la derivación gástrica laparoscópica (DGL) y la gastrectomía vertical (GV). Eso hace que la BGAL sea una operación muy atractiva para los pacientes. Por otra parte, el hecho de que la curva de aprendizaje de este procedimiento es relativamente rápido, y que pueda realizarse sin estancia, la ha popularizado entre los cirujanos bariátricos a pesar de su menor pérdida de sobrepeso (PSP), la baja incidencia de fracasos a largo plazo y la alta tasa de re-operaciones 8-60% [1].

Curiosamente, la BGAL se estaba volviendo más popular, en EE.UU., Australia y Reino Unido, mientras que en el resto de los países, se ha ido abandonando en favor de DGL o GVL [2].

Se presenta un caso de una paciente que se sometió a BGAL hace 4 años. Ella fue admitida en nuestro hospital por un episodio agudo de vómitos e intolerancia alimentaria. La radiografía simple mostró una imagen sospechosa de BGAL deslizada. El estudio de bario confirmó el deslizamiento anterior de la banda. La gastroscopia, descartó cualquier tipo de erosión de la banda. Se planificó su corrección laparoscópica. Se discutieron con la paciente las diferentes opciones, incluidas la sustitución de la banda, re-posición o retirada. Y se tomó la decisión de re-posicionarla.

<http://www.youtube.com/watch?v=JiJZolaSdmI&feature=youtu.be>

Se liberaron las adherencias por la cirugía previa, se liberó la Banda Gástrica, se redujo la pared gástrica

deslizada, y se volvió a fijar con tres puntos de sutura sero-serosa anterior y uno posterior.

### Discusión

A medida que la banda gástrica se hace más popular, sobre todo en EE.UU. y países como Irlanda, los cirujanos bariátricos se enfrentan a más pacientes que necesitan re-operaciones.

La forma más habitual de resolver el deslizamiento, cuando el paciente es tratado por un cirujano general, es la retirada de la banda. Además, demasiado a menudo los pacientes son tratados por vía abierta por temor a importantes adherencias. Sin embargo, los cirujanos bariátricos ofrecen mejores opciones a los pacientes con complicaciones de una BGA.

Si hay una persistencia de intolerancia a los alimentos y vómitos después de que la BGA se haya vaciado, debe sospecharse un deslizamiento. La radiografía simple que incluye la unión gastro-esofágica puede dar al cirujano una gran pista sobre una banda mal posicionada. El "signo O" suele ser de diagnóstico para el deslizamiento [1]. La ingesta de bario es útil para saber la cantidad exacta de estómago prolapsado. La gastroscopia permite descartar la erosión de la banda, que es fundamental antes de decidir una manipulación quirúrgica de la BGA.

Aunque la frecuencia del deslizamiento ha disminuido desde que se introdujo la técnica de la pars flácida, sigue siendo una de las complicaciones más comunes de la BGA, que puede variar del 6,4 al 41% [2].

Hay diferentes opciones a tener en cuenta el cirujano bariátrico que va a tratar una complicación de una BGA. Cuando el PSP es pobre, se debe ofrecer la retirada de la banda y realización de una nueva técnica bariátrica, si es posible en el mismo acto quirúrgico.

Sin embargo, se ha descrito una mayor tasa de complicaciones cuando la cirugía de revisión se plantea en un solo tiempo [1-2]. Sin embargo, si el paciente ha tenido un buen PSP con la BGAL, es difícil convencer al paciente de que tiene que cambiar a otra técnica quirúrgica.

Los grupos que manejan habitualmente la BGA, suelen decantarse por el reposicionamiento de la banda o incluso reemplazarla si la banda está defectuosa [1]. Sin embargo, muchos equipo informan, de un gran aumento de la tasa de nuevos deslizamientos y dilataciones de la bolsa, en la pacientes que ya ha sucedido una primera vez, y a pesar de buena resolución técnica [2-7]

### Bibliografía

1. Buchwald H, Oien DM. Metabolic/bariatric surgery worldwide 2008. *Obes Surg* 2009;19:1605-11
2. O'Brien, Paul E., et al. "Long-term outcomes after bariatric surgery: fifteen-year follow-up of adjustable gastric banding and a systematic review of the bariatric surgical literature." *Annals of surgery* 2013;257.1 87-94.
3. Buchwald, H., & Oien, D. M. Metabolic/Bariatric Surgery Worldwide 2011. *Obesity surgery* 2013, 1-10.
4. Pieroni, Sabrina, et al. "The "O" sign, a simple and helpful tool in the diagnosis of laparoscopic adjustable gastric band slippage." *American Journal of Roentgenology* 2010 195.1: 137-141.
5. Campanile, Fabio Cesare, and Gianfranco Silecchia. "Simultaneous Gastric Band Removal and Sleeve Gastrectomy Complication Rate." *Obesity surgery* 2013: 1-2.
6. Ponce, J, Paynter S, and Richard Fromm. "Laparoscopic adjustable gastric banding: 1,014 consecutive cases." *Journal of the American College of Surgeons* 2005 201.4 529-535.
7. Suter M. "Laparoscopic band repositioning for pouch dilatation/slippage after gastric banding: disappointing results." *Obesity Surgery* 2001 11.4 507-512.