

## Comunicaciones Banda gástrica Ajustable SECO 2013

### 1.- BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE EN 580 CASOS CON SEGUIMIENTO A 48 MESES

M.Á. Escartí Usó, N. Garriga, G. Pou Santonja, R. Giner Romeo, I. Rubió Gavidia.

INTRAOBES

#### Objetivo

Evaluar los resultados de la serie de bandas gástricas de un centro privado.

#### Material y método

Intra-Obes es un grupo de 3 clínicas que trabaja en 3 hospitales privados de Madrid, Valencia y Murcia. Hemos operado 580 pacientes implantando banda gástrica ajustable por laparoscopia (BGAL) de forma consecutiva desde 2005 a 2009 por un sólo cirujano bariátrico. Los pacientes han sido evaluados y manejados por un equipo estable y experto compuesto por ese cirujano, psicóloga clínica y nutricionista. Recogemos los datos de edad, sexo, IMC pre-tratamiento, % de exceso de peso perdido a 24 y 48 meses y complicaciones. Clasificamos las complicaciones en mayores (relativas a la banda que requieren cirugía) y menores (relativas al puerto), y del postoperatorio inmediato (<30 días post-cirugía) y postoperatorio tardío (>30 días).

#### Resultados

580 casos, 438 mujeres (75.5%), 142 hombres (24.5%), IMC previo medio 42.7 kg/m<sup>2</sup>, rango IMC 31-74.8, Edad media 39 años (rango edad 18-67), 44% de exceso de peso perdido a 24 meses (datos del 72% de los casos), 37.7% de exceso de peso perdido a 48 meses (control 54% de los casos).

Complicaciones mayores en el postoperatorio inmediato: 3 hemorragias y 1 perforación gástrica. No hubo éxitos. No hubo TVP/TEP. Complicaciones mayores después de los 30 días: 2 perforaciones gástricas (a los 8 meses y una inclusión a los 2 años), 12 eventraciones en 8 pacientes (1.4% de los casos), rotura del anillo de la banda (1 caso), complicaciones del reservorio gástrico proximal que obligaron a la

retirada/recambio de banda (23 casos, 4%), retirada de banda por pérdida insuficiente de peso 172 casos (29.7% de los casos). (Nota: Consideramos pérdida insuficiente de peso perder menos del 25% del exceso de peso a partir de 18 meses post-implantación). Menores inmediatas: 6 hematomas y 1 infección que requirieron drenaje, Menores tardías: 16 desconexiones-roturas del conector (2.8%), 3 inversiones del puerto que impedían ajuste (0.5%), 5 protrusiones de puerto con recolocación (0.9% casos).

#### Conclusiones

La banda gástrica ajustable es una técnica muy segura, pero, dentro del contexto de un equipo bariátrico con amplia experiencia y pacientes privados bien seleccionados y motivados, los resultados han sido pobres: un 35% de las bandas han debido ser retiradas y el % de exceso de peso perdido a 48 meses ha sido del 37.7%.

### 2.- COMPLICACIONES DEL RESERVORIO GÁSTRICO PRÓXIMAL EN UNA SERIE DE 580 BANDAS GÁSTRICAS AJUSTABLES CONSECUTIVAS.

M.Á. Escartí Usó, G. Pou Santonja, N. Garriga Flores, I. Rubió Gavidia, R. Giner Romeo.

INTRAOBES

#### Objetivo

Evaluar las complicaciones sobre el reservorio gástrico proximal (RGP) en una serie de 580 bandas.

#### Material y método

Sobre los pacientes con diagnóstico de complicación del RGP, mediante tránsito esofagogástrico y/o endoscopia recogemos los siguientes datos: clínica de sospecha, prueba diagnóstica (tránsito EG, endoscopia alta o ambas), tipo de complicación, tratamiento realizado, complicaciones del tratamiento.

#### Resultados

Hemos operado 580 casos de forma consecutiva desde 2005 a 2009 por un solo cirujano. Todas las bandas fueron colocadas por laparoscopia vía pars flácida y

fijadas con al menos 3 puntos gastro-gástricos de sutura no absorbible en la cara antero-lateral izquierda. Hemos tenido 23 casos de complicación del reservorio proximal (4%). La clínica de sospecha ha sido la disfagia progresiva en el 82,6% de los casos (19 casos), dolor en ambos hipocondrios y de espalda en 13 casos (56,5%) y reflujo y regurgitación nocturno en 11 casos (47,8%). La prueba diagnóstica ha sido en 22 de los 23 casos el tránsito esófago-gástrico. Sólo 1 caso requirió endoscopia suplementaria.

Las complicaciones fueron: dilatación simétrica del reservorio proximal 13 casos (56,5%), deslizamiento posterior de la banda 8 casos (34,8%), deslizamiento anterior de la banda 1 caso (4,3%), ulceración/inclusión 1 caso (4,3%).

En todos los casos se retiró la banda. Las técnicas realizadas fueron: retirada simple 5 casos, re-banding 12 casos, de ellos 10 con disección completa y nuevo túnel pars flácida y 2 a través de canal previo con nueva fijación de banda, sutura primaria de perforación gástrica 1 caso por ulceración/inclusión, revisión a gastrectomía vertical en el mismo acto quirúrgico 5 casos.

La retirada simple ha tenido como complicación 2 episodios de pancreatitis aguda edematosa leve (sobre 5 casos) a las 72 y 96 horas de retirada la banda.

Los re-banding sobre el túnel previo (2 casos), pese a la fijación de la banda, han llevado a nuevos deslizamientos de banda, por lo que a partir de ese momento disecamos toda la zona e hicimos nuevo túnel sin aparecer deslizamientos después.

La disección completa para el re-banding conllevó dos episodios de sangrado de más de 1 litro. Uno de ellos requirió re-intervención urgente.

La conversión a gastrectomía vertical es significativamente más compleja y larga que una gastrectomía vertical primaria. En un caso se produjo una fuga postoperatoria que se trató de manera conservadora.

## Conclusiones

En las complicaciones del reservorio gástrico proximal el síntoma más frecuente es la disfagia progresiva. La técnica de elección y más útil es el tránsito esófago-gástrico. La complicación más frecuente es la dilatación simétrica, seguida del deslizamiento posterior.

La misma banda no debe recolocarse, debe retirarse, disecarse la zona, hacer un nuevo túnel vía pars flácida y colocar una nueva. Hay que informar al paciente de que el recambio de banda es una técnica compleja. Vigilar la aparición de dolor abdominal (pancreatitis) días después de la retirada de banda con el paciente ya dado de alta.

Si es posible, es mejor diferir la conversión a gastrectomía vertical tras la retirada de banda por los riesgos que implica.

## 3.- MIGRACIÓN INTRAGÁSTRICA DE BANDA GÁSTRICA

P. Mifsut Porcel, G. Errazti De Olartecoechea, I. Rodeño, M. Arana, T. Marquina Tobalina, A. Colina Alonso.

Hospital de Cruces, Baracaldo

### Introducción

La banda gástrica ajustada colocada por laparoscopia es un procedimiento utilizado como tratamiento de la obesidad mórbida como técnica restrictiva utilizada en multitud de centros hospitalarios. Aunque es una técnica relativamente sencilla, no está exenta de complicaciones, se han publicado en algunas series tasas que oscilan entre un 0-68%, presentando hasta un 11% de posibilidades de erosión tardía (1-2 años) de la pared gástrica. Es una de las mayores complicaciones tardías que se sabe puede ocurrir.

### Objetivo

Apoyar el uso de dicho procedimiento aunque sin pormenorizar sus posibles complicaciones y realizar un diagnóstico precoz ante síntomas y signos de alerta.

### Material y método

Se presenta en forma de caso clínico un paciente que presentó una migración intragástrica de una banda gástrica, su diagnóstico, tratamiento y evolución posterior.

### Resultados

Mujer de 33 años que acude en octubre 2010 a nuestro centro por una infección de herida en zona de reservorio de cirugía de banda gástrica realizada en 2006. Durante el seguimiento, presenta ganancia progresiva de peso y se objetiva que la banda está desinflada. Al comenzar con epigastralgia, se solicita una gastroscopia en la que se evidencia una mucosa en parte alta de cuerpo gástrico isquémica-congestiva por donde asoma un material blanquecino, probablemente la banda gástrica. Se completa el estudio con estudio esófago-duodenal (EED) y ecografía abdominal, procediéndose a la intervención en junio 2012 para extracción de dicha banda, comprobándose la completa migración intragástrica de ésta. Postoperatorio sin incidencias, actualmente controlada en Consultas de Cirugía Bariátrica y Endocrinología.

### Conclusiones

La banda gástrica es segura y efectiva, pero requiere una técnica quirúrgica meticulosa, un seguimiento estrecho y protocolizado. Consigue una pérdida del

exceso de peso equivalente a la GVL (< 2-4 años) en dos tercios de los pacientes.

Pese a su relativa sencillez, la migración de la banda hay que tenerla en cuenta ante la aparición de: imposibilidad de regular el balón de la banda, epigastralgia, estabilización o aumento de peso, infección del reservorio e incluso obstrucción intestinal, realizando una gastroscopia como método diagnóstico más precoz.

El tratamiento de dicha complicación es la extracción de la banda, pudiendo realizarse por endoscopia, laparoscopia o cirugía abierta. En cuanto al momento en realizarlo, se puede tomar una actitud expectante con estrecha vigilancia para decidir el momento idóneo a intervenir.

#### **4.-MANEJO DE LAS BANDAS GÁSTRICAS INTRUÍDAS MEDIANTE TRANSECCIÓN CON LITOTRIPTOR.**

C. Sala Palau, M. Ponce, M. Bustamante, L. Argüello, J. Bueno, J. Galeano, M. Meseguer, V. Pons, J.L. Ponce.

Hospital Universitario La Fe, Valencia

#### **Introducción**

La intrusión de la banda gástrica consiste en la migración parcial o completa de la misma dentro de la cavidad gástrica tras erosión de la pared del estómago. Presenta una incidencia, según la literatura, desde el 1.5% para el *Lap Band* hasta el 6.5% en alguna de las series de bypass gástrico anillado. El dolor, los vómitos y síntomas obstructivos, la recuperación de peso, la hemorragia digestiva e infección del reservorio subcutáneo (*Lap-Band*) son síntomas característicos, aunque hasta el 15% de los casos pueden ser asintomáticos. La laparotomía, con gastrotomía y extracción de la banda, ha constituido el tratamiento clásico, si bien, con la implantación de la laparoscopia se han publicado series con este abordaje. Recientemente se han descrito varios casos de tratamiento exclusivamente endoscópico de esta complicación utilizando diferentes técnicas para la transección de la banda gástrica. Presentamos 2 casos de transección de banda gástrica mediante endoscopia utilizando litotriptor.

#### **Objetivo**

Descripción ilustrada de 2 casos de intrusión de banda gástrica tras cirugía de la obesidad tratados mediante transección endoscópica con litotriptor.

#### **Material y método**

Caso 1. Mujer de 39 años a la que se realizó en 2002 bypass gástrico anillado en Y de Roux, que consulta

por cuadro de epigastralgia y vómitos de varios meses de evolución. La gastroscopia visualiza banda gástrica incluida un 50% por encima de la anastomosis gastroyeyunal sin otras lesiones asociadas. Posteriormente, con sedación profunda, y tras intento fallido de sección con endo-tijeras, se procede a la sección con litotriptor asistido por guía y posterior extracción con asa de polipectomía. Sin complicaciones se procede al alta hospitalaria tras 24h de observación.

Caso 2. Mujer de 18 años portadora de *Lap-Band* desde Julio 2011 en otro Centro que consulta por epigastralgia e intolerancia oral de meses de evolución, asociada a varios procesos inflamatorios en el reservorio. La gastroscopia muestra intrusión del 50% de la banda en región sub-cardial asociado a 3 puntos de sutura. Bajo anestesia general se extrae el reservorio subcutáneo y mediante endoscopia se secciona la banda con litotriptor asistido por guía y se extrae con asa de polipectomía. Sin complicaciones se procede al alta 24h después.

#### **Resultados**

Describimos 2 casos de transección de banda gástrica incluida mediante la utilización de litotriptor mecánico similar a que se utiliza en el tratamiento de coledocolitiasis. Es una técnica rápida y segura que se puede realizar en la Unidad de Endoscopia con instrumental habitualmente utilizado en la misma. No se han observado complicaciones.

#### **Conclusiones**

La intrusión de la banda gástrica tras la cirugía de la obesidad es una complicación infrecuente pero posible. Se debe sospechar ante la presencia de dolor abdominal, náuseas y vómitos, e infección del reservorio subcutáneo. El método diagnóstico de elección es la endoscopia digestiva alta que, además, permite la extracción de la misma de una forma segura y técnicamente sencilla evitando la necesidad de una re-intervención quirúrgica.

#### **5.-NECROSIS GÁSTRICA POR BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE**

F. Garcia-Moreno Nisa, J. Galindo Alvarez, P. Luengo Pierrad, S. Corral Moreno, E. Lisa Catalán, P. Carda Abella

Hospital Ramón y Cajal, Madrid

#### **Introducción**

La colocación de una banda gástrica ajustable es un procedimiento seguro ampliamente difundido en el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. Sin embargo, no está exenta de complicaciones, generalmente asociado a un mal control en el seguimiento de los ajustes.

## Caso clínico

Paciente mujer de 52 años remitida a urgencias desde otro hospital por 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 mejoría de la sintomatología.

En las pruebas complementarias realizadas, se objetiva una migración distal de la misma sin vaciamiento gástrico, ulceración gástrica en la endoscopia y leucocitosis asociada.

Se decide revisión laparoscópica urgente comprobando que existía una necrosis gástrica secundaria a migración distal de la banda con peritonitis secundaria, por lo que se convierte a laparotomía urgente para realizar gastrectomía atípica de fundus con sutura en dos planos. La evolución postoperatoria fue satisfactoria, aunque la paciente presentó una fístula gástrica en EGD que se resolvió con medidas conservadoras. En el seguimiento postoperatorio, la paciente se encuentra asintomática 6 meses después de la intervención quirúrgica.

## Conclusiones

Los ajustes incontrolados de la banda gástrica favorecen la aparición de complicaciones graves a largo plazo.

La alta sospecha clínica de la existencia de una complicación y la re-intervención precoz se asocian a mejor pronóstico.