

Banda Gástrica Migrada, una rara presentación

Atahualpa FR ✉ dr13fraa@hotmail.com

Resumen: La Banda Gástrica Ajustable Laparoscópica, es una técnica restrictiva para el tratamiento de la obesidad. Es una técnica segura y reversible, aunque como otros procedimientos bariátricos tiene algunas complicaciones. Describimos una forma de presentación infrecuente de una Banda Gástrica Ajustable complicada, que comenzó con dolor abdominal e ictericia doce meses después de su colocación y que finalmente se retiró quirúrgicamente. Los hallazgos intraoperatorios consistieron en una erosión y migración de la banda gástrica hacia la primer asa yeyunal además de cuatro perforaciones proximales. El asa yeyunal deteriorada fue resecada y se restableció la continuidad intestinal, además del cierre de la perforación gástrica y colecistectomía. La tasa de erosiones por banda gástrica descrito en la literatura es de 1 – 2%; sin embargo la perforación transmural es menos frecuente. La colocación de bandas gástricas tiene complicaciones severas como el caso descrito y el tratamiento depende de la situación clínica del paciente, la disponibilidad de recursos y la experiencia del equipo quirúrgico.

Palabras clave: Obesidad. Banda gástrica ajustable. Erosión. Migración.

Introducción:

La Banda Gástrica Ajustable Laparoscópica BGAL es una técnica restrictiva para el tratamiento de la obesidad mórbida que consiste en la colocación de un dispositivo anillado de silicona adyacente a la unión gastroesofágica para crear un pequeño reservorio gástrico de aproximadamente 20-30 cc ^(2,3). Es un procedimiento seguro, reversible y con tasas de morbilidad y mortalidad perioperatorias bajas.⁽²⁻⁵⁾ La tasa de morbilidad a corto plazo es aproximadamente de 1.2% con una mortalidad global de 0,05%.⁽³⁾ La morbilidad a largo plazo es variable con reportes de hasta un 33%.⁽⁹⁾

Describimos una complicación inusual de la banda gástrica que se presentó de forma atípica con ictericia y dolor abdominal.

Caso clínico:

Presentamos a una mujer de 66 años con historia de hipertensión, diabetes mellitus tipo II, hipotiroidismo, apendicectomía y dos cesáreas a quien doce meses antes de su ingreso a nuestro hospital se le colocó una BGLA. Tras la admisión en sala de urgencias presentaba dolor en epigastrio – hipocondrio derecho, náuseas, vómitos, fiebre e ictericia asociados a un incremento de las enzimas de colestasis. La sospecha clínica inicial fue colecistitis aguda. Tras una minuciosa anamnesis revelamos una disfunción de la banda desde su colocación refiriendo malestar abdominal coincidiendo con los ajustes. Al examen físico en urgencias estaba consciente y orientada, con un estado general deteriorado, deshidratada, ictericia y refiriendo dolor abdominal en el cuadrante superior derecho - epigastrio. El examen cardiopulmonar fue

normal y en la exploración abdominal se encontró sensibilidad en el cuadrante superior derecho sin una clara irritación peritoneal además de ruidos hidroaéreos disminuidos.

Los informes de una radiografía simple de abdomen y una tomografía computarizada (extrahospitalarios) mencionaban colelitiasis como único hallazgo (Figura 1). El análisis de laboratorio demostró 11,7 g % de hemoglobina, recuento de leucocitos 11.000 con 79% neutrófilos, INR 1.05, bilirrubina 5.8 mg %, alanina aminotransferasa 436 U/L Gamma glutamil transpeptidasa 559 U/L, fosfatasa alcalina 778/U/L y proteína C reactiva 6.7.



Figura 1.

El informe de la ecografía abdominal confirmó el diagnóstico de colelitiasis con signos de colecistitis aguda, además dilatación de la vía biliar intra y extra hepáticas con diámetro del colédoco de 14 mms.

Se realizó una intervención quirúrgica de urgencia con sospecha clínica de colecistitis aguda. Inicialmente mediante un abordaje laparoscópico los hallazgos fueron una vesícula biliar grande sin evidencia de colecistitis aguda, migración intraluminal de la banda gástrica después de perforar la curvatura menor y

avanzar a través del canal pilórico. Decidimos convertir a laparotomía debido a la migración de la banda hasta el primer asa del yeyuno y cuatro perforaciones proximales. La ectasia retrógrada a causa de la obstrucción intestinal por la banda causó dilatación de la vía biliar. (figuras 2-4)

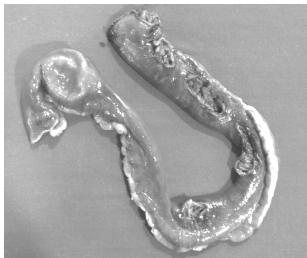


Figura 2.



Figura 3.

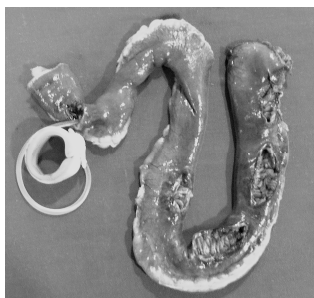


Figura 4.

El asa intestinal perforada fue resecada desde el ligamento de Treitz y se reparó la perforación gástrica. La ausencia de muñón proximal nos obligó a realizar una anastomosis duodeno yeyunal latero - lateral en la segunda porción duodenal (Figura 5). La cirugía se completó tras la colecistectomía. El curso postoperatorio no tuvo incidentes y la paciente fue dada de alta dos semanas después de la intervención.

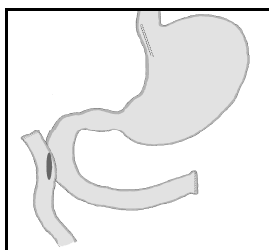


Figura 5

Discusión:

La BGAL es la técnica quirúrgica más comúnmente realizada para el tratamiento de la obesidad en todo el mundo (7). Su implantación se realiza actualmente por laparoscopia y mediante la técnica de la pars flaccida (4). Se realiza mediante la disección parcial ángulo de His, la apertura de la porción no fibrosa del ligamento gastro-hepático, y la creación de un paso retroesofágico a 3-4 cm de la unión gastroesofágica, minimizando la disección del tejido periesofágico para evitar el posterior deslizamiento de la banda. La banda se inserta a través del túnel y es sujeta sobre una sonda de calibración. Nuestro grupo apoya la fijación de la banda con suturas no absorbibles gastro-gástricas para evitar deslizamientos (2). Esta técnica ha sustituido la técnica perigástrica a causa de la alta tasa de inclusiones y deslizamientos(11).

En un equipo experimentado en cirugía bariátrica, es una técnica relativamente sencilla, rápida y de bajo riesgo a diferencia de otras que requieren anastomosis y resecciones intestinales. Es reversible con bajas tasas de morbilidad y mortalidad perioperatoria (2,5). Sin embargo, las tasas de morbilidad tardía son mayores alcanzando un 33% (9).

Los puntos críticos en la indicación de la banda gástrica ajustable para el tratamiento de la obesidad incluyen una adecuada selección del paciente y el seguimiento periódico personalizado así como una correcta evaluación por nutricionistas especializados.

Las complicaciones perioperatorias descritas son lesiones por los trocares, lesiones esplénicas durante la disección, perforaciones esofágicas y gástricas. Las complicaciones quirúrgicas tardías son deslizamientos anteriores y posteriores del estómago a través de la banda, isquemia gástrica, erosión y perforación gástrica, migración intraluminal de la banda, deterioro y desconexión del puerto / tubo del dispositivo, fugas del balón, movilización e infecciones locales del puerto. Las complicaciones funcionales incluyen aumento del reflujo gastroesofágico, trastornos del vaciamiento con dilatación del reservorio y del esófago y trastornos de la motilidad esofágica. Las carencias nutricionales y de vitaminas son raras y generalmente secundarias a la ingestión o seguimiento inadecuados.

La ictericia y el dolor abdominal como presentación clínica de una erosión gástrica y migración intraluminal de la banda son atípicos y son pocos los casos descritos en la literatura. La erosión de la pared gástrica puede ocurrir en cualquier momento desde su colocación con una incidencia de 1-2%(4). Esta tasa varía con la serie y la banda utilizada. En series

retrospectivas las tasas de erosión y migración se estiman en menos del 1% ⁽¹¹⁾. En un estudio de cohortes con 4236 pacientes, Nocca et al⁽⁵⁾ describen 45 casos de inclusión y migración de la banda gástrica (1.6%). La serie alemana de Stroh et al⁽⁶⁾ reunió a 493 pacientes y encontró una incidencia del 3%. Otro estudio francés de Chevallier con 1000 pacientes⁽¹⁰⁾ describe una tasa de migración de la banda menor al 1%.

Generalmente, la migración se considera una complicación tardía, con una incidencia máxima entre el primero y el tercer año tras la colocación⁽⁸⁾. En nuestro caso, la complicación se presentó doce meses después de la intervención. Las principales causas podrían ser la presión y la isquemia de la pared gástrica o una infección local de la prótesis que permite la digestión y erosión de la pared del estómago. Sin embargo, los ajustes en la presión de la banda, es decir su insuflación excesiva como la causa principal de la erosión gástrica está aún en discusión. Varios mecanismos están involucrados si hay una complicación temprana, generalmente debido a problemas técnicos en su colocación.

Los síntomas más frecuentemente descritos de la erosión gástrica son dolor epigástrico e infección persistente del puerto subcutáneo⁽⁴⁾. El primer síntoma de una erosión gástrica puede ser la recuperación del peso perdido debido a la ausencia del mecanismo de restricción de la banda, sin embargo los pacientes pueden debutar con una complicación severa como peritonitis, abscesos y fistulas. Nocca y Frering informan como los síntomas más frecuentes la recuperación inexplicable de peso y dolor epigástrico. La presencia de ictericia y dolor abdominal son de las formas más graves de presentación y muy poco frecuentes. En nuestro caso, la erosión de la banda y su migración progresó a través del primer asa del yeyuno y quedó anclada por la conexión del tubo -puerto. Las perforaciones intestinales junto con inflamación local y la ocupación de lumen intestinal causaron una obstrucción intestinal proximal transmitida a la vía biliar con ictericia secundaria a la elevada presión retrógrada.

El tratamiento de la erosión de la banda depende de la sintomatología, la condición del paciente, la localización de la banda y los recursos disponibles. Generalmente no representa una emergencia quirúrgica porque es un proceso lento que permite un bloqueo local de la perforación gástrica. En la mayoría de ocasiones se intenta la extracción endoscópica de la banda. Un estudio reciente informa un 95% de extracciones endoscópicas exitosas de bandas gástricas erosionadas concluyendo que puede ser

utilizada como una primera opción⁽¹²⁾. Si el procedimiento endoscópico no es factible o existe una erosión no bloqueada que debe explorarse quirúrgicamente, preferentemente por vía laparoscópica. La banda gástrica tiene que ser retirada y el defecto de la pared gástrica debe ser reparado. En los casos de estenosis significativa o sección gástrica completa y en ausencia de peritonitis una opción es la conversión a otro procedimiento, la mayoría de ellos a un bypass gástrico⁽¹⁾. Cuando la banda gástrica ha migrado totalmente, el tratamiento quirúrgico indicado es el control de daños evitando otros procedimientos. Nocca y del Frering describen un abordaje quirúrgico laparoscópico con retirada de la banda en todos los pacientes excepto en uno que requirió laparotomía; con tasas de mortalidad y morbilidad de 0% y 8% respectivamente. La urgencia del procedimiento dependió del estado clínico del paciente.

En nuestro caso, se procedió a retirar la banda, la reparación del defecto gástrico y la resección de un segmento del yeyuno que incluyó las cuatro perforaciones, realizando la sección proximal justo adyacente al ligamento de Treitz. La presencia de peritonitis local contraindicó otros procedimientos.

Conclusión:

La erosión y migración de una banda gástrica laparoscópica ajustable son complicaciones raras. La presentación temprana es inusual y a menudo refleja problemas técnicos durante su colocación. La forma tardía es más frecuente y causa intolerancia oral asociada a dolor abdominal con o sin infección persistente del puerto subcutáneo. La presentación clínica con ictericia obstructiva es una rareza. El tratamiento es la extracción endoscópica o quirúrgica de la banda según la situación clínica del paciente, los recursos disponibles y la experiencia del equipo quirúrgico.

Bibliografía:

1. ACS Surgery. Principles and Practice. 6th edition. 2007
2. Cirugía AEC. Manual de la Asociación Española de Cirujanos. 2^a edición. 2010.
3. Benchmarking best practices in weight loss surgery. *Curr Probl Surg.* 2010;47:79-174.
4. Surgical management of morbid obesity. *Curr Probl Surg.* 2008;45:68-137.
5. Nocca D, Frering V. Migration of adjustable gastric banding from a cohort study of 4236 patients. *Surg Endosc* 2005;19:947-950.
6. Stroh C, Hohmann U. Experiences of two centers of bariatric surgery in the treatment of

- intragastric band migration after gastric banding- the importance of the german multicenter observational study for quality assurance in obesity surgery 2005 y 2006. *Int J of Colorectal Dis* 2008;23:901-908.
7. Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E. Bariatric Surgery. A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA* 2004;292:1724-1737.
 8. Chousleb E, Szomstein S, Lomenzo E. Laparoscopic Removal of Gastric Band After Early Gastric Erosion. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2005;15:24-27.
 9. Suter M, Calmes J M. A Ten-year Experience with Laparoscopic Gastric Banding for Morbid Obesity: Hight Long-Term Complication and Failure Rates. *Obes Surg* 2006;16:829-835.
 10. Chevallier J M, Zinzindohoué F. Complications after Laparoscopic Adjustable Gastric Banding for Morbid Obesity: Experience with 1000 Patients Over 7 Years. *Obes Surg* 2004;14:407-414.
 11. Di Lorenzo N, Furbetta F. Laparoscopic Adjustable Gastric Banding Via Pars Flaccida vs Perigastric Positioning: Technique, Complications and Results in 2549 Patients. *Surg Endosc* 2010;24:1519-1523.
 12. Passos Galvao M, Ramos A. Endoscopic Removal of Eroded Adjustable Gastric Band: Lessons learned after 5 years and 78 cases. *Surg Obes Rel Dis* 2010;6:423-427.