



## Banda gástrica ajustable: ¿Es tan inocua como se oferta? Actuación del equipo quirúrgico de guardia.

Lorena Giner Bernal; Lorea Zubiaga; Jaime Ruiz-Tovar; Carlos Díaz; María Díez; Marta Bellón; M<sup>a</sup>del Mar Aguilar; Isabel Galindo; Inmaculada Oller; Rafael Calpena

Hospital General Universitario de Elche. Alicante. España. ✉ [lorenaginer87@gmail.com](mailto:lorenaginer87@gmail.com)

**Resumen:** La banda gástrica ajustable (BGAL) es cada vez menos utilizada, pues los resultados a largo plazo son poco satisfactorios. Sin embargo, se sigue ofertando como una solución rápida y “poco agresiva” en el tratamiento de la obesidad. No obstante, como cualquier técnica quirúrgica puede producir complicaciones graves. Presentamos el caso de una mujer de 46 años que tras someterse a BGAL, durante el postoperatorio temprano presenta cuadro de malestar, fiebre, leucocitosis y un TAC que evidencia una burbuja de neumoperitoneo adyacente al dispositivo gástrico que se atribuye a cirugía laparoscópica reciente. Se decide realizar una laparoscopia exploradora, y se objetiva salida de abundante material purulento del área periprotésica, concluyente de infección de banda gástrica, por lo que se retira el dispositivo. La paciente mejoró su estado basal y continuó con pauta antibiótica hasta el alta.

**Palabras clave:** Banda gástrica ajustable, obesidad, urgencias bariátricas, efectos adversos.

**Abstract:** The adjustable gastric band (LAGB) is increasingly used, as long-term results are unsatisfactory. However, still it is offering as a quick and “less aggressive” in the treatment of obesity solution. However, it can cause serious complications. We report the case of a woman of 46 years after undergoing LAGB, during the early postoperative period presents box malaise, fever, leukocytosis, and a TAC which shows a bubble adjacent to gastric device pneumoperitoneum, attributed to recent laparoscopic surgery. It was decided to perform an exploratory laparoscopy. It is, abundant purulent material in the periprosthetic area, so the device is removed. The patient improved her baseline and continued with antibiotic treatment until discharge.

### Introducción

La obesidad mórbida es, en la actualidad, una enfermedad frecuente en la población adulta española, con una incidencia de un 14,3% [1,2], que se define por un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 40kg/m<sup>2</sup> [1,2,3].

Cuando el primer escalón terapéutico, el tratamiento dietético junto con un mínimo de ejercicio físico, no resulta efectivo está indicada la cirugía bariátrica, que ha demostrado ser el método más eficaz para conseguir una pérdida de peso sustancial y mantenida en el tiempo. La indicación de la cirugía bariátrica se da en pacientes con un IMC>40 ó IMC>35 asociado a comorbilidades. Así mismo, consigue reducir las comorbilidades asociadas a la obesidad mórbida (Diabetes Mellitus, Dislipemia, Hipertensión arterial, Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño, osteoartrosis [4]) lo que mejora la calidad y esperanza de vida en estos pacientes.[5, 6]

Entre las diferentes técnicas bariátricas, se encuentra la banda gástrica ajustable (BGAL) [7], cuya aplicación es cada vez menor, pues los resultados a largo plazo no son del todo satisfactorios. Sin embargo, se sigue ofertando como una solución rápida y “poco agresiva” en el tratamiento de la obesidad. No obstante, existen

complicaciones graves que deben tenerse en cuenta, sobre todo cuando los portadores de BGAL llegan con clínica a urgencias.

### Material y métodos: Caso clínico

Se trata de una mujer caucásica de 46 años, con obesidad mórbida (IMC de 39 kg/m<sup>2</sup>), sin otros antecedentes personales de interés, que en el mes de junio de 2014, se somete a cirugía bariátrica, en un centro privado en el que se realiza la colocación de una BGAL. A las 72h del procedimiento acude a urgencias de nuestro centro hospital con sensación de malestar general, que no sabe definir.

Al examen físico presentaba regular estado general, con fiebre termometrada de 38,5°C y taquicardia (92 lpm). El examen pulmonar y abdominal fue anodino, no presentaba dolor a la palpación, ni signos de irritación peritoneal. Analíticamente se objetivó 17.850 leucocitos con 87,5% de neutrófilos y PCR de 24.94 (00-0.5mg/dl), por lo que se realizó una TC abdominal que evidencia dispositivo gástrico y en su adyacencia una burbuja de neumoperitoneo y pequeña cantidad de aire en cavidad abdominal que se atribuyeron a cirugía



laparoscópica reciente. Se administró contraste oral sin conseguir demostrar extravasación del mismo. Los médicos de urgencias avisan al cirujano de guardia que, sin un diagnóstico claro y dado que el paciente impresionaba de gravedad, decide realizar una laparoscopia exploradora.

Durante la intervención se observa salida de abundante material purulento del área periprotésica sin visualizar otras alteraciones. Se decide retirar la banda y realizar lavado abundante con suero fisiológico. Así mismo, se deja un drenaje intrabdominal. A las 24 horas, la paciente mejora su estado basal y continúa con pauta antibiótica hasta el alta. Finalmente se concluye como diagnóstico final: infección del dispositivo de BGAL.

### Discusión

La BGAL es una alternativa aceptada mundialmente, técnicamente reproducible, así como efectiva para el tratamiento de la obesidad mórbida. Tiene como ventaja frente a otros procedimientos que es mínimamente invasiva, ajustable, no requiere cortes ni suturas gástricas, y no conlleva problemas derivados de la malabsorción; además es la técnica con mayor potencial de reversibilidad.

La principal desventaja de la BGAL es la alta tasa de cirugía de revisión (hasta un 32% en algunas series), [8-9] siendo las complicaciones más frecuentes: la migración, obstrucción digestiva, la inclusión en la pared gástrica, y/o erosión del estómago por el dispositivo. Como complicaciones menos frecuentes pero igualmente graves están la necrosis gástrica con o sin presencia de hemorragia digestiva, perforación de víscera hueca y las infecciones abdominales, de la prótesis o de los puertos, entre otras [9,10,11,12]. Estas complicaciones pueden ocurrir en cualquier momento después de su colocación y, aunque esta técnica no implica una línea de sutura ni una anastomosis, sus complicaciones pueden ser tan letales como el resto de procedimientos bariátricos.

### Conclusiones

El incremento de las intervenciones en cirugía bariátrica, conduce que a las urgencias de los hospitales, lleguen con cada vez mayor frecuencia pacientes con complicaciones precoces o tardías derivadas de la cirugía. En muchos casos, el primer contacto de un paciente intervenido de cirugía

bariátrica que acude a urgencias, es con el médico de puertas que por lo general contacta con el cirujano de guardia. Sin embargo, un gran número de cirujanos generales, que hacen guardias no están familiarizados con la cirugía bariátrica. [2,3]

Es probable que estos cirujanos no sean capaces de reconocer de forma precoz los signos o síntomas de alarma que acostumbran a presentar estos pacientes. La sintomatología de los cuadros de complicaciones tras cirugía bariátrica, suelen ser inespecíficos, escasos y muy sutiles e incluso pueden superponerse, a otras condiciones. Ello hace difícil el diagnóstico, con el agravante que los pacientes obesos tienen menor reserva biológica y la evolución clínica de una complicación no tratada es de mayor gravedad. Además, no se puede dar por sentado que porque un procedimiento bariátrico sea menos compleja técnicamente hablando, sus complicaciones serán menores también. Cualquier técnica bariátrica es susceptible de complicarse y de conllevar a estados patológicos severos e incluso la muerte. Inclusive, pacientes sometidos a BGAL como procedimiento bariátrico. Es por ello que se hace necesario instaurar algoritmos diagnósticos que permitan disponer al personal de urgencias y a los cirujanos que no se dedican a la cirugía bariátrica, de una herramienta de actuación efectiva ya que este personal debe ser capaz de reconocer las complicaciones de cualquier técnica bariátrica para indicar, de ser necesario, cirugía urgente.

### Bibliografía

- [1] Ford ES, Mokdad AH. Epidemiology of Obesity in the Western Hemisphere. *J Clin Endocrinol Metab* 2008; 93: s1-s8.
- [2] Martín Duce A, Díez del Val I. Cirugía de la Obesidad Mórbida. Guías Clínicas de la Asociación Española de Cirujanos. 2007.
- [3] DeMaria, EJ. Bariatric surgery for morbid obesity. *N Engl J Med* 2007; 356:2176-2183 .
- [4] Diamantis T, Alexandrou A, Pikoulis E, et al. Laparoscopic sleeve gastrectomy for morbid obesity with intra-operative endoscopic guidance. Immediate peri-operative and 1-year results after 25 patients. *Obes Surg.* 2010; 20:1164-1170.



[5] Ronit T, Yehoshua, Eidelman LA, et al. Laparoscopic sleeve gastrectomy- Volume and preassure assesment. *Obes Surg* 2008; 18:1083-1088.

[6] Ruiz-Tovar J, Oller I, Tomas A, et al. Midterm impact of sleeve gastrectomy, calibrated with a 50-Fr bougie, on weight loss, glucose homeostasis, lipid profiles, and comorbidities in morbidly obese patients. *Am Surg.* 2012; 78:969-974.

[7] De María E. Laparoscopic adjustable Siliconic Gastric Banding. *Sur. Clin.North Am.* 2001; 81:1129-43.

[8] O'Brien PE, Dixon JB. Weight loss and early and late complications- The international experience. *Am J Sur* 2002 184(6B):42S-45S.

[9] Ren C, Horgan S, Ponce J. US experience with the LAP BAND system. *Am J Sur* 2002 184 (6B): 46S - 50S.

[10] Belachew M, Zimmermann JM. Evolution of a paradigm for laparoscopic adjustable gastric banding. . *Am J Sur* 2002 184(6B): 21 S - 25S.

[11] Chapman A, GameP, O'Brien P, Maddem G, Kiroff G, Foster B, et al. Systematic review of laparoscopic adjustable gastric banding in the treatment of obesity. ASERNIP-S Report No. 31. Adelaide, South Australia: ASERNIP-S. Apr12002.

[12] Spivak H, Favretti F. Avoiding postoperative complications with the LAP BAND system. *Am J Sur* 2002 184(6B): 31S - 37S s.