

## Comunicaciones Banda gástrica

### SECO 2014

P-024

#### **IMPORTANCIA DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA PREVIA A LA RETIRADA DE BANDA GÁSTRICA COMPLICADA**

C. Guillén Morales, A. Manuel Vázquez, T. Carrascosa Mirón, L. Bañuls Laguía, B. López Fernández, A. Hernández Matías, A. Bertomeu García, J.C. Ruiz De Adana, J.M. Jover Navalón.

Hospital Universitario de Getafe, Getafe

#### Objetivo

La banda gástrica ajustable (BGA) es un técnica bariátrica puramente restrictiva, que suele estar asociada a un menor número de complicaciones postoperatorias que otras técnicas más complejas, debido fundamentalmente al menor tiempo postoperatorio y al menor número de suturas. Entre las complicaciones tardías destaca la erosión de BGA.

#### Material y métodos

Mujer de 39 años con antecedente quirúrgico de colocación de BGA en otro Centro en 2011 y retirada de la misma en octubre de 2013, por intolerancia oral y vómitos de repetición en los últimos meses sin estudio de imagen previo.

Al 7º día postoperatorio, la paciente acude al servicio de Urgencias de nuestro hospital por malestar general, mareo y visión borrosa, con pérdida de conocimiento y recuperación espontánea sin período postcrítico. Refiere episodios similares de síncope-presíncope así como amnesia desde la intervención.

En la exploración se objetiva dolor abdominal generalizado, sin datos de irritación peritoneal. Analíticamente destaca hemoglobina de 8'7 mg/dl.

Se realiza tomografía computarizada (TC) donde se objetiva importante neumoperitoneo en hemiabdomen superior y retroneumoperitoneo en zona desnuda del hígado.

Con el diagnóstico de perforación gástrica tras retirada de banda gástrica ajustable y síndrome de Wernicke-Korsakoff (déficit de vitamina B1), se inicia tratamiento conservador con sonda nasogástrica, dieta absoluta, nutrición parenteral y vitamina B1.

Tras comprobar con TC abdominal la ausencia de fuga de contraste se reinicia tolerancia vía oral, con buena respuesta, siendo dada de alta al 13º día del ingreso, con buen tránsito intestinal y aportes nutricionales y vitamínicos.

#### Resultados y conclusiones

Entre las complicaciones que pueden aparecer tras la colocación de la BGA se encuentran la obstrucción, infección del puerto, erosión gástrica, deslizamiento o prolapso gástrico. Ante la presencia de sintomatología tras la colocación de la BGA debe realizarse un estudio enfocado a descartar dichas complicaciones.

La erosión de la BGA puede manifestarse inicialmente como infección subcutánea o celulitis en el puerto de acceso. Otras manifestaciones pueden ser la ganancia de peso ponderal, vómitos, sangrado, absceso intraabdominal o fístula. El diagnóstico de elección es la endoscopia digestiva alta (EDA), que puede diagnosticar una inclusión parcial o completa en el estómago. El tránsito gastrointestinal evidenciaría contraste oral alrededor de la banda y descartaría una posible fuga.

En nuestro caso, la paciente presentaba intolerancia oral persistente tras el primer año de colocación de BGA. Ante dicha sintomatología y la sospecha de una complicación, el estudio de elección es la EDA para descartar erosión gástrica de la BGA.

El tratamiento de elección es la retirada de la banda vía endoscópica si ésta fuera visible. Cuando existe una perforación, se debe retirar vía laparoscópica realizando una revisión gástrica y sutura simple en caso de perforación.

P-025

P-061

## **RESOLUCION DE INSULINORESISTENCIA CON CIRUGÍA DE BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE: ESTUDIO DE FACTORES PREDICTIVOS**

P. Colsa Gutiérrez <sup>(1)</sup>, M. Kharazmi-Taghavi <sup>(1)</sup>, R.D. Sosa Medina <sup>(1)</sup>, M. Riaño Molleda <sup>(2)</sup>, J.C. Cagigas Lanza <sup>(1)</sup>, V.J. Ovejero Gómez <sup>(1)</sup>, J.L. Ruiz <sup>(1)</sup>, Á. Pelayo Salas <sup>(1)</sup>, A.J. Gutiérrez <sup>(1)</sup>, J.M. Gutiérrez Cabezas <sup>(1)</sup>, A. Ingelmo Setién <sup>(1),(1)</sup>  
Hospital Sierrallana, Torrelavega; <sup>(2)</sup> Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Santander.

### **OBJETIVOS**

Los factores pronósticos y mecanismos fisiológicos que intervienen en la resolución de la diabetes ligada a la cirugía bariátrica no son tan bien conocidos como los que determinan la pérdida de peso. Esto es en parte debido a los distintos criterios utilizados para definir la resolución de la diabetes. El propósito de este estudio es identificar aquellos factores preoperatorios que sirvan para predecir resolución de diabetes mellitus y pérdida de peso en pacientes obesos mórbidos sometidos a cirugía de banda gástrica ajustable.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Presentamos un estudio retrospectivo y descriptivo de los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en el Hospital Sierrallana desde julio del 2009 a julio de 2013. En todos los casos se realizó cirugía de banda gástrica ajustable.

Considerando que el mecanismo sobre la diabetes en cirugía de banda gástrica es la pérdida de peso, ésta es estudiada como variable respuesta. Así mismo, atendiendo a los criterios de resolución de la diabetes propuestos por la ADA, el descenso en glucemia basal, en Hb A1c y en el tratamiento antidiabético fueron también estudiados como variables respuesta.

### **RESULTADOS:**

Se estudiaron un total de 95 pacientes; 66 mujeres y 29 hombres con una media de edad de 47,7 años en el momento de la cirugía. El IMC medio es de 42,38 kg/m<sup>2</sup> predominando los obesos mórbidos (63%) sobre otros grados de obesidad. De todos ellos 22 (23,2%) estaban diagnosticados de DM2 antes de la intervención con una media de glucemias basales de 112,7g/dl y 6,2 de Hb A1c.

La pérdida de peso es el mecanismo fundamental por el que la cirugía restrictiva aumenta la sensibilidad a insulina. El análisis estadístico muestra relación significativa entre el porcentaje de pérdida de peso y el porcentaje de descenso en las glucemias basales durante el 1º, 2º y 3º años ( $p < 0,05$ ).

Atendiendo a los factores pronósticos de la pérdida de peso, solo el grado de obesidad preoperatoria muestra una relación estadísticamente significativa con el porcentaje de pérdida de peso durante el primer año de la cirugía.

Respecto al porcentaje de descenso de la glucemia basal postoperatoria sobre la preoperatoria, solo el grado de obesidad durante el primer año de seguimiento ha mostrado significación estadística. De este modo un mayor grado de obesidad se considera un factor predictivo de mayor descenso de las glucemia en ayunas.

El estado preoperatorio de diabetes se considera, así mismo, un factor de menor variación de la Hb A1c postoperatoria respecto de la preoperatoria durante el segundo año de seguimiento.

### **CONCLUSIONES:**

En nuestro estudio se confirma que el mecanismo fundamental de resolución de la diabetes en cirugía bariátrica restrictiva es la pérdida de peso. Como ya señalan otros autores, el grado de obesidad preoperatorio es un indicador esencial para la pérdida ponderal en estos pacientes. Se confirma así mismo su importancia como predictor positivo en la resolución de insulinoresistencia y la del estado de diabetes como factor predictivo negativo en el descenso de las hemoglobinas glicosiladas.

V-019

## **OBSTRUCCION A NIVEL PILORO DUODENAL POR DESLIZAMIENTO DE BANDA GASTRICA**

R. Bennazar Nin, M.J. Garcia Oria, M. Artes Caselles, B. Laiz Diez, E. Jimenez Cubedo, J.A. Rivera Bautista, J. Munoz Rodriguez, V. Sanchez Turrion.

Puerta Hierro, Majadahonda, Madrid

**Introducción:** La colocación de banda gástrica ajustable es un procedimiento quirúrgico que se realiza con frecuencia para el tratamiento de la obesidad mórbida. No obstante existen múltiples complicaciones recogidas en la literatura que incluyen el deslizamiento de la misma. Se han descrito tasas de deslizamiento hasta del 24%.

**Material y Métodos:** Mujer de 37 años que acude a urgencias por un cuadro de 4 días de evolución de vómitos e intolerancia a líquidos y sólidos, ausencia de deposición y dolor epigástrico y en mesogastrio que se irradia a hemitórax izquierdo y escápula izquierda. Como antecedentes personales destacables el refería colocación de banda gástrica por laparoscopia hacia 3 años en otro centro con evolución posterior satisfactoria con bajada de peso progresiva. La paciente refería episodio previo similar, por lo que el mes anterior de acudir a urgencias se le ajustó el calibre de la banda vaciando reservorio subcutáneo. La exploración física no reveló alteraciones significativas. Durante su ingreso se realizaron pruebas diagnosticas; Analítica completa, Radiografía simple de Abdomen, Gastroscopia, EED y TAC abdominal. Se halló que la banda gástrica se había deslizado hasta la primera porción duodenal causando una obstrucción casi completa a nivel píloro-duodenal. Se realiza cirugía preferente bajo anestesia general y por vía laparoscópica. Se aprecia obstrucción gástrica a nivel del píloro y primera porción duodenal. Se realiza liberación de las adherencias y extracción de la banda gástrica, liberando también la sutura gastro-gástrica existente, de modo que se normaliza la anatomía gástrica.

**Discusión:** El deslizamiento es una complicación frecuente que en muchas ocasiones obliga a su extracción, suponiendo una nueva intervención quirúrgica no exenta de complicaciones. El deslizamiento hasta primera porción duodenal a través de la pared anterior del estomago es una presentación infrecuente de esta complicación. La extracción fue laboriosa por lo que la reversibilidad de la colocación de la banda gástrica ajustable no es un procedimiento sencillo.

**Conclusiones:** La extracción de la banda mediante laparoscopia resultó adecuada y eficaz en este caso. Se consiguió normalizar la anatomía y la paciente fue dada de alta a los pocos días sin presentar complicaciones durante el postoperatorio.