

Extracción endoscópica de banda gástrica migrada

Endoscopic retrieval of migrated gastric band

Juan Antonio Chirinos-Vega¹ , Eduardo Vesco-Monteagudo¹ , Patricia Valera-Luján² , Aurelio Barboza-Beraún^{3,4} 

¹ Médico gastroenterólogo, Clínica Angloamericana. Lima, Perú.

² Médica gastroenteróloga, Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima, Perú.

³ Médico Cirujano Bariátrico y Oncológico, Clínica San Felipe. Lima, Perú.

⁴ Médico Cirujano Bariátrico y Oncológico, Clínica Avendaño. Lima, Perú.

Recibido: 14/07/2023 - Aprobado: 07/09/2023

RESUMEN

Se reporta el caso de una paciente mujer de 47 años, portadora de una banda gástrica ajustable desde el año 2018, quien presenta dolor abdominal por migración intragástrica de la misma, pudiendo extraerla exitosamente via endoscópica con ayuda de litotriptor de Sohendra.

Palabras clave: *Gastroplastia; Endoscopia; Complicaciones Posoperatorias; Cirugía Bariátrica (fuente: DeCS Bireme).*

ABSTRACT

This is a case report of a 47-year-old woman, carrier of an adjustable gastric band since 2018, that developed abdominal pain due to partial migration into the stomach. which was successfully removed endoscopically using Sohendra's lithotriptor.

Keywords: *Gastroplasty; Endoscopy; Postoperative Complications; Bariatric Surgery (source: MeSH NLM).*

INTRODUCCIÓN

La obesidad es un problema de salud pública que está en aumento. Actualmente contamos con técnicas quirúrgicas para el tratamiento de obesidad mórbida refractaria a terapia nutricional y ejercicio. La banda gástrica ajustable laparoscópica (BGAL) fue uno de los procedimientos más populares en el mundo hace 2 décadas por ser un procedimiento rápido, reversible con pocas complicaciones perioperatorias y que preservaba la anatomía, sin embargo, sus complicaciones a largo plazo han hecho que actualmente no sea el más recomendable. Dentro de las principales complicaciones reportadas están la perforación de la banda gástrica y su secundaria migración intragástrica. Se reporta el caso de una paciente mujer con esta complicación a la que se le retiró exitosamente la banda gástrica vía endoscópica.

REPORTE DE CASO

Se reporta el caso de una paciente mujer de 47 años, con antecedente de obesidad grado I (IMC:30 kg/m²), portadora de una banda gástrica ajustable por 4 años, la cual cursa con cuadro de dolor abdominal epigástrico y plenitud post prandial asociado a aumento de peso en los últimos 6 meses. 3 meses antes, por síntomas persistentes se realiza una endoscopia alta donde se encuentra la banda gástrica migrada dentro de la cavidad gástrica, por lo cual se programa para retiro de la banda gástrica.

Se le realiza endoscopia alta terapéutica: a nivel subcardial se observa banda gástrica con una migración del 90% dentro de la cavidad gástrica. Se procede a pasar guía hidrofílica alrededor de la banda y de su retenedor, realizando 2 pases con litotriptor de Sohendra (Figuras 1),

Citar como: Chirinos-Vega JA, Vesco-Monteagudo E, Valera-Luján P, Barboza-Beraún A. Extracción endoscópica de banda gástrica migrada. *Rev Gastroenterol Peru.* 2023;43(3):273-6. doi: 10.47892/rgp.2023.433.1395



Figuras 1. Retroflexión: en región subcardial banda gástrica visible en su totalidad, inserción de guía alrededor de la banda, acoplada litotriptor de Sohendra para sección.

para romper la banda en fragmentos y así poder extraerlos con asa de polipectomía (Figura 2). Se revisa que banda fue extraída por completo (Figuras 3). Se utiliza sobretubo por ser muy difícil su extracción a nivel cervical. Al finalizar el procedimiento se observan desgarros mucosos esofágicos superficiales, sin sangrado activo. Se verifica la salida de la totalidad de la banda gástrica y el catéter. La paciente se despertó sin dolor y tuvo manejo ambulatorio sin intercurencias. El puerto de la banda se puede retirar antes o después de la extracción endoscópica, la extracción se puede realizar por vía laparoscópica simultáneamente si tenemos alguna duda intra- abdominal del procedimiento endoscópico o después como en nuestro caso con anestesia local (Figura 4).

La cirugía bariátrica es un tratamiento efectivo para tratar la obesidad mórbida, generando pérdida de peso sostenida, mejoría de comorbilidades relacionadas y calidad de vida. Dentro de las alternativas terapéuticas más utilizadas se encuentran la manga gástrica, derivación biliopancreática, bypass gástrico en Y de Roux y la banda gástrica ajustable. La manga gástrica es actualmente el procedimiento más realizado a nivel mundial. En los últimos años nuevos dispositivos mínimamente invasivos y de colocación por vía endoscópica han sido introducidos como los balones intragástricos (2).

DISCUSIÓN

La obesidad es un problema de salud pública que está incrementando con los años. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta en el 2016 más de 650 millones de adultos mayores de 18 años con obesidad, que corresponde al 13% de la población adulta, triplicándose la prevalencia desde 1975 (1).

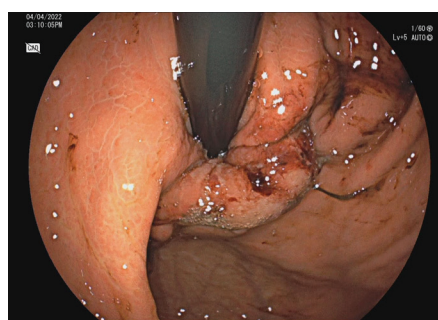
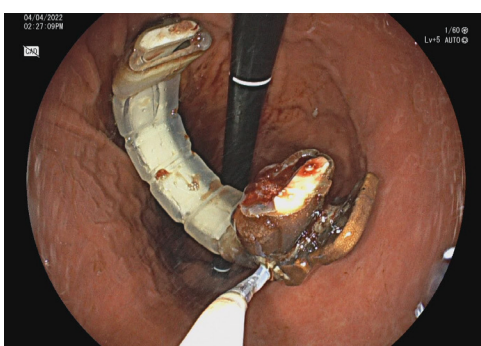
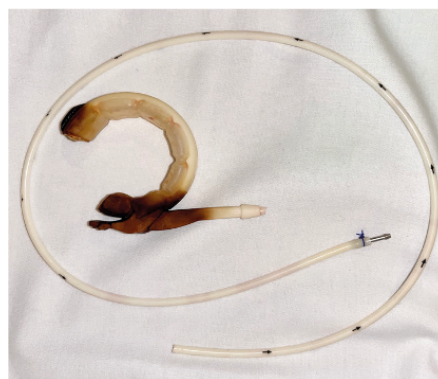


Figura 2. Banda seccionada, tomada con asa de polipectomía.

Figuras 3. Banda gástrica y tubo conector extraídos en su totalidad.

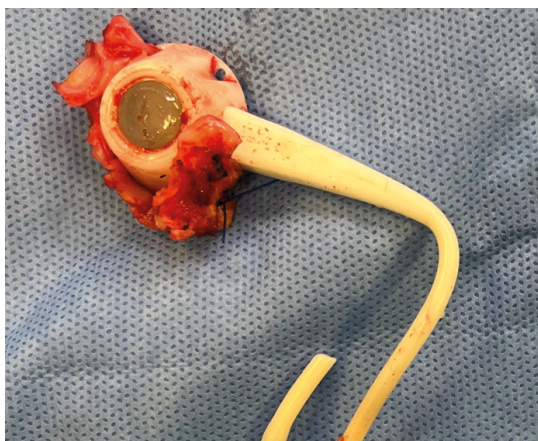


Figura 4. Puerto de la banda extraído de la pared abdominal.

En el 2001 fue aprobada la banda gástrica ajustable laparoscópica por la FDA y fue uno de los procedimientos más populares para el tratamiento de la obesidad mórbida en el mundo por ser rápido, reversible, con pocas complicaciones perioperatorias y por preservar la anatomía. Sin embargo, dadas las complicaciones a mediano y largo plazo, actualmente representa menos del 2-3% de todas las operaciones bariátricas a nivel mundial ⁽³⁾.

A pesar de sus ventajas, a largo plazo, se reportaron complicaciones como el deslizamiento agudo de la pared gástrica, dilatación irreversible de la bolsa, dilatación esofágica, infección del puerto subcutáneo, fuga, desconexión del sistema de catéter y puerto, torsión del puerto y erosión de la banda, que secundariamente puede llevar a una migración intragástrica de la misma. Se reporta una incidencia de estas complicaciones del 6% al 26% ^(4,5).

Las erosiones pueden ser tempranas (<6 meses) o tardías (>6 meses) dependiendo del tiempo desde la operación inicial. Las erosiones tempranas son poco frecuentes y pueden presentarse con peritonitis aguda. Las erosiones tardías suelen presentarse después del año, con síntomas leves o en algunos casos asintomáticos. Los principales síntomas reportados son el aumento de peso, dolor epigástrico y la infección del puerto ^(5,6).

Existen varias hipótesis respecto a la causa de las erosiones causadas por la banda gástrica. La más aceptada es por la isquemia de la pared gástrica secundaria a la banda apretada; también, las suturas gastrogástricas sobre la hebilla pueden causar úlceras por presión y necrosis del fondo que lo cubre y por consiguiente migración de la banda. Por otro lado, las erosiones tempranas, principalmente los casos que ocurren poco después de la operación, probablemente se deban a una lesión y perforación del estómago durante la inserción del dispositivo ⁽⁷⁾.

La extracción es el tratamiento de elección ante la detección de la erosión de la banda y su consecuente

migración, puede realizarse mediante cirugía abierta, laparoscópica o extracción endoscópica que actualmente es el manejo de elección y fue lo que se realizó con nuestro paciente. Dentro de las ventajas del manejo endoscópico están evitar una operación abdominal mayor junto con sus riesgos asociados, ausencia de dolor post operatorio y se limita la fuga de contenido gástrico y la aparición de peritonitis, además de ser un procedimiento ambulatorio. Sólo en casos donde los pacientes son asintomáticos, con adecuada pérdida de peso y con una pequeña porción de la banda migrada se puede optar por la vigilancia y extracción diferida ^(8,9).

Endoscópicamente se describen 3 estadios de migración al lumen del estómago. En el estadio 1, solo una pequeña parte de la banda es visible; en el estadio 2, más del 50% de la banda es visible (migración parcial) y en el estadio 3, se ve la totalidad de la banda y el tubo conector (migración total) ⁽¹⁰⁾.

Se describen algunas condiciones que pueden dificultar la extracción endoscópica como la presencia de adherencias densas, incapacidad para cortar la banda, banda mínimamente erosionada y la falta de visibilidad del tubo conector, así como la falta de preparación del endoscopista o de materiales adecuados para su extracción ⁽⁹⁾.

En el caso de nuestra paciente se veía el 80-90% de la banda por lo cual se optó por el tratamiento endoscópico que es menos invasivo e ideal. Se puede realizar la sección de la banda con ayuda de tijeras endoscópicas, needle knife o con ayuda de una guía acoplada a un litotriptor mecánico como fue el caso. Además, en casos en los que la banda es visible mínimamente y no se pueda cortar la banda mediante las técnicas ya mencionadas, se puede colocar un stent metálico a través de la banda gástrica para producir necrosis del tejido por presión, de esta forma mayor erosión y exposición de la banda ^(8,10).

En conclusión, la extracción endoscópica es el tratamiento de elección de una banda gástrica ajustable erosionada y migrada por ser mínimamente invasivo, para lo cual se requiere una técnica adecuada y que sea visible endoscópicamente más de la mitad de la banda para facilitar su extracción. Se debe sospechar la migración tardía de la banda ante el aumento de peso, dolor epigástrico e infección del puerto. Es el primer reporte de caso de manejo endoscópico de esta complicación en nuestro país y se debe difundir por ser una alternativa segura y superior a la cirugía.

Conflictos de interés: No se declaran conflictos de interés por parte de ningún autor.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Obesity and overweight fact sheet [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [citado el 10 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

2. Nguyen, N., Varela, J. Bariatric surgery for obesity and metabolic disorders: state of the art. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2017;14,160–169. doi: 10.1038/nrgastro.2016.170.
3. Didziokaite G, Poskus T, Malakauskiene L, Ramasauskaite D. Penetration of the gastric band through the gastric wall during pregnancy: A rare case report. *Int J Surg Case Rep.* 2021;89:106640. doi: 10.1016/j.ijscr.2021.106640.
4. Di Lorenzo N, Lorenzo M, Furbetta F, Favretti F, Giardiello C, Boschi S, *et al.* Intra-gastric gastric band migration: erosion: an analysis of multicenter experience on 177 patients. *Surg Endosc.* 2013 Apr;27(4):1151-7. doi: 10.1007/s00464-012-2566-z.
5. Coskun H, Bozkurt S, Atak T, Kadioglu H. Endoscopic management of penetrated adjustable gastric band with its connecting tube: report of a case. *Obesity facts.* 2011;4(3):244–247.
6. El-Hayek K, Timratana P, Brethauer SA, Chand B. Complete endoscopic/transgastric retrieval of eroded gastric band: description of a novel technique and review of the literature. *Surg Endosc.* 2013 Aug;27(8):2974-9. doi: 10.1007/s00464-013-2856-0.
7. Girardi V, Barone G, Gualtierotti M, De Martini P, Mutignani M, Crippa J, *et al.* Laparoscopic Adjustable Gastric Band: Case Report of Erosion with Intra-gastric Migration Requiring an Extreme Surgical Approach. *Obes Surg.* 2020;30:2030–2032. doi: 10.1007/s11695-020-04455-x.
8. Miranda da Rocha LC, Ayub Pérez OA, Arantes V. Endoscopic management of bariatric surgery complications: what the gastroenterologist should know. *Rev Gastroenterol Mex.* 2016 Jan-Mar;81(1):35-47. doi: 10.1016/j.rgmx.2015.06.012.
9. Robinson TJ, Soriano C, Larsen M, Mallipeddi MK, Hunter JA, Chang L. Endoscopic removal of eroded laparoscopic adjustable gastric bands: a preferred approach. *Surg Obes Relat Dis.* 2020 Aug;16(8):1030-1034. doi: 10.1016/j.soard.2020.04.034
10. Nocca D, Frering V, Gallix B, de Seguin des Hons C, Noël P, Foulonge MA, *et al.* Migration of adjustable gastric banding from a cohort study of 4236 patients. *Surg Endosc.* 2005 Jul;19(7):947-50. doi: 10.1007/s00464-004-2183-6.

Correspondencia:

Patricia Valera Luján

Dirección: Av. La Merced 647, Santiago de Surco, Lima, Perú.

Celular: 992004697

Correo: patricia.valera@unmsm.edu.pe