

CIENCIAS
CLÍNICAS

Retiro por laparoscopia de banda gástrica ajustable penetrada a colon asistida por colonoscopia

- Dr. Carlos González García¹
- Dr. Eduardo González Gómez²
- Dr. Román González Ruvalcaba³
- Dr. Luis A. Morales Garza⁴

Introducción

Desde que el primer procedimiento de colocación de banda gástrica ajustable se realizó en 1993, éste se ha popularizado, y su frecuencia se ha elevado exponencialmente.¹ Es el procedimiento quirúrgico más común para el tratamiento de la obesidad mórbida en Europa y en muchos otros países, con el 26.1% del total de las cirugías bariátricas en el mundo.² Actualmente, la cirugía bariátrica se mantiene como la única opción viable para la pérdida significativa de peso en casos de obesidad mórbida severa,³ éste es el motivo del aumento en el número de casos de cirugía para el control de peso, tanto en forma mundial como en nuestro país. La perforación del colon es una complicación muy rara, se han reportado muy pocos casos en la literatura mundial,⁴ y la intención del presente ensayo es describir el tratamiento y resultado final del caso de la paciente aquí descrita.

Presentación del caso

Mujer de 30 años de edad, con antecedente de mamoplastia de reducción a los 17 y 24 años de edad, apendicectomía laparoscópica a los 23 años, colocación de banda gástrica ajustable (BGA) por laparoscopia a los 24 años (en el año 2000) y lipectomía con abdominoplastia con colocación de prótesis mamarias a los 25 años de edad.

Inició su padecimiento en el 2002, cuando presentó infección de herida del sitio quirúrgico del puerto, posterior a un ajuste de su BGA. Se realizó en ese mismo año el retiro de puerto, sin retiro de BGA.

En enero del 2006 presentó dolor abdominal difuso de poca intensidad, asociado a constipación y distensión abdominal. Niega otra sintomatología. Fue evaluada por el gastroenterólogo en su localidad, quien le realiza una colonoscopia, la cual reveló que el segmento distal de la banda se había erosionado hacia el colon transversal. Por tal motivo es valorada por un cirujano, quien la hospitaliza para su tratamiento. A su ingreso se presenta con signos vitales estables y afebril, con exámenes de laboratorio dentro de parámetros normales. Se programa para laparoscopia exploradora y retiro de BGA.

Durante la intervención quirúrgica se identifican múltiples adherencias, las cuales se disecan sin complicaciones; se inicia disección para identificar y liberar la BGA (ver Figuras 1 y 2), y durante la misma se observa que el colon transversal se encuentra adherido (ver Figura 3) y erosionado (perforado) por el tubo de silástico utilizado para llenar la cámara ajustable de la banda. Se corta el tubo de silástico, se abre y se remueve la BGA, no se encuentran perforaciones en estómago, y se extrae por la herida de puerto o trocar. El tubo de silástico es removido en forma transanal con asistencia del colonoscopio en el transoperatorio (ver Figura 4). El área perforada del colon es reparada con sutura de prolene® 4-0 y se coloca parche de epiplón sobre el área reparada. La paciente cursa postoperatorio sin complicaciones, inicia vía oral al tercer día y es dada de alta al cuarto día posquirúrgico sin complicaciones, y se ha mantenido así hasta la fecha.

Discusión

La colocación de la BGA es considerado el método laparoscópico menos invasivo y tiene la ventaja que al ser potencialmente reversible puede mejorar la calidad de vida del paciente, además de tener una morbilidad que va del 1 al 3% y una mortalidad cercana al 0% en la mayoría de las series.² Las complicaciones más

^{1,2} Residente de Cirugía General de la Escuela de Graduados en Medicina del Tecnológico de Monterrey.

³ Director del Departamento de Cirugía, Hospital San José Tec de Monterrey.

Profesor Titular del Posgrado de Cirugía General de la Escuela de Graduados en Medicina del Tecnológico de Monterrey.

⁴ Coordinador Médico de Gastroenterología, Hospital San José Tec de Monterrey.

Profesor de Posgrado de Medicina Interna de la Escuela de Medicina del Tecnológico de Monterrey.

Figura 1. Banda gástrica al inicio de la disección, cubierta por estómago.

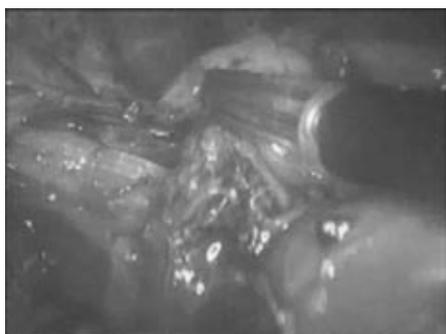


Figura 2. Banda gástrica antes de la remoción. No se identifica erosión en estómago.



Figura 3. Tubo de silástico que erosiona hacia colon.



Figura 4. Extracción transanal asistida por colonoscopia del tubo de silástico.



otras causas poco claras en más del 50% de los casos. Tal vez alguna de estas mismas causas pudieran relacionarse con la erosión en otras partes del tubo digestivo, como en el caso de la paciente del caso descrito. El tratamiento de elección cuando hay erosión es la remoción de la banda y el cierre primario en caso de observarse perforación.^{3,7}

Conclusiones

El abordaje laparoscópico parece ser un método adecuado y seguro para el diagnóstico y el tratamiento de esta rara complicación, siempre y cuando se lleve a cabo por un cirujano con entrenamiento en laparoscopia avanzada.

frecuentes relacionadas con este procedimiento son prolapso gástrico, dilatación del reservorio gástrico, deslizamiento de la banda, erosión de la banda hacia el estómago, problemas relacionados con el puerto de acceso (ruptura del puerto, infección, entre otras).^{1,2,3,5} Rara vez estas complicaciones se presentarán como una emergencia quirúrgica, y rara vez se asocian con sepsis abdominal, obstrucción intestinal u otra catástrofe abdominal.⁶

Una complicación extremadamente rara es la erosión del colon por algún componente del sistema de la BGA,⁴ y el más frecuente que se ha reportado es el tubo de silástico para el llenado de la cámara ajustable de la banda, por este motivo no se ha descrito en la literatura cuál debe ser el manejo más adecuado para esta complicación. Una complicación similar es la erosión de la banda con penetración hacia el estómago, que puede ser asintomática o presentar sintomatología abdominal inespecífica, hasta presentar infección del puerto por migración bacteriana del estómago a través del tubo de silástico para llenado de la cámara ajustable de la banda.^{1,3} Su etiología está poco definida, y puede ser por lesión durante la colocación de la misma, implantación no estéril del dispositivo, mala técnica quirúrgica, entre

Referencias bibliográficas:

1. Landen S, Majerus B, Delugeau V. Complications of gastric banding presenting to the ED. *Am J Em Med* 2005; 23:368-370.
2. Cortez M, Herrera G. Complicaciones a mediano y largo plazo de la banda gástrica. Cómo se previenen y tratan. *Rev Mex Cir Endoscop* 2005; 6 (3): 121-130.
3. Allen J. Laparoscopic gastric band complications. *Med Clin N Am* 2007; 91:485-497.
4. Hartmann J, Scharfenberg M, et al. Intracolonic Penetration of the Laparoscopic Adjustable Gastric Banding Tube. *Obes Surg* 2006; 16 (2): 203-205.
5. Ramsey D, Bailey L. Outcomes with the adjustable gastric band. *Surgery* 2008; Article in Press.
6. Gagner M, Milone L, Yung E, et al. Causes of early mortality after laparoscopic adjustable gastric banding. *J Am Coll Surg* 2008; Article in Press.
7. Nehoda H, Weiss H, et al. Results and complications after adjustable gastric banding in a series of 250. *Am J Surg* 2001; 181: 12-15.

Correspondencia:
Dr. Carlos González García
Email: cfigg79@yahoo.com