

# Erosión de yeyuno por banda gástrica ajustable: reporte de caso

- Dr. Rey Jesús Romero González<sup>1</sup>
- Dr. Javier de la Garza Leal<sup>2</sup>
- Miguel Ángel Hernández<sup>3</sup>

## Resumen

- *Palabras clave*

Banda, obesidad, yeyuno, erosión.

## • Introducción

Una complicación rara de la colocación de banda gástrica ajustable (BGA) por laparoscopia es la erosión del estómago por la banda gástrica. La erosión de la BGA a otros órganos abdominales diferentes al estómago abdominales es anecdótica.

## • Caso clínico

Se presenta el caso de un hombre de 47 años a quien se le colocó por vía laparoscópica una BGA, nueve años previos a su última admisión, y hace dos años se le realizó un reservorio y desconexión del tubo conector debido a una infección del sitio del puerto. El paciente se presentó al consultorio con una hernia del sitio del puerto. Durante la exploración laparoscópica se encontró el tubo conector separado y erosionando dentro de la luz del yeyuno. La BGA fue retirada y se realizó reparación simple del yeyuno en dos planos y plastia con malla de la hernia del puerto.

## • Discusión

La erosión y la migración gástrica secundaria a la colocación de un BGA se presentan con una frecuencia de 0.5 a 5 % de los casos, respectivamente.

## • Conclusión

Es probable, debido a la cada vez mayor cantidad de procedimientos bariátricos, que las complicaciones asociadas al tubo conector y a la erosión de otros órganos abdominales por la BGA se reporten con más frecuencia en el futuro.

## Introducción

La cirugía bariátrica ha crecido en los últimos años debido a que cada vez se obtienen mejores resultados. Muchas de las comorbilidades asociadas a la obesidad, como la diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica y la dislipidemia parecen controlarse de manera adecuada con la cirugía bariátrica.<sup>1,2,3</sup>

La colocación de una banda gástrica ajustable (BGA) por vía laparoscópica es uno de los procedimientos bariátricos que se realiza con mayor frecuencia, por lo que las complicaciones asociadas al mismo son un tema importante. Las complicaciones tardías de dicho procedimiento, generalmente se asocian a la BGA o al sistema de ajuste. La erosión gástrica es una complicación poco común, y la erosión a otros órganos abdominales diferentes al estómago es anecdótica. Aquí presentamos el caso de erosión de yeyuno por el tubo conector (TC) de la banda gástrica asociado a una hernia de puerto. En nuestro conocimiento, solo tres casos en los que la BGA erosiona órganos abdominales diferentes al estómago han sido reportados.

## Caso clínico

Se trata de un paciente del sexo masculino de 47 años de edad, el cual tenía como antecedentes un Índice de Masa Corporal (IMC) de 50.1 kg/m<sup>2</sup>, por lo que fue sometido a la colocación de una BGA (lap band® system) por laparoscopia, nueve años previos a su última admisión. El paciente presentó hace dos años una infección del sitio del puerto de ajuste, por lo que fue tratado retirando el reservorio, el cual se encontraba fijo a la aponeurosis, entre el tejido celular subcutáneo y localizado hacia flanco izquierdo. El TC permaneció libre dentro de la cavidad abdominal. El paciente fue dado de alta con antibióticos orales.

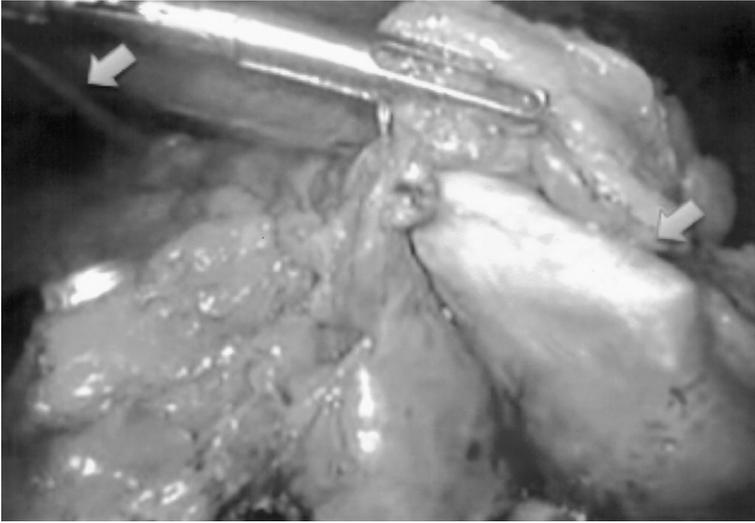
Sus antecedentes médicos de importancia incluyen: diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial sisté-

<sup>1</sup> Residente de Cirugía General del Programa Multicéntrico de Especialidades Médicas de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud del Tecnológico de Monterrey.

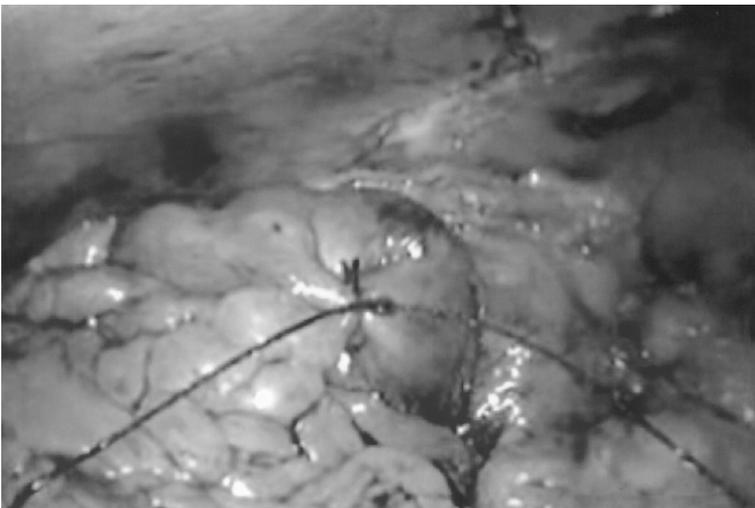
<sup>2</sup> Cirujano Bariatra asociado al Hospital Oca, Monterrey, N. L.

<sup>3</sup> Alumno de la Carrera de Médico Cirujano de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud del Tecnológico de Monterrey.

**Figura 1.** Tubo conector (parte intraluminal y extraluminal) de la BGA erosionando un asa de yeyuno (flechas).



**Figura 2.** Reparación de la lesión de yeyuno, posterior a la extracción del tubo conector, con sutura en dos planos.



mica, ambas diagnosticadas hace cuatro meses. Desde el momento en que se colocó la BGA, el paciente redujo de manera importante su IMC, alcanzó en su punto más bajo  $32 \text{ kg/m}^2$ ; sin embargo, durante los tres años previos a su reciente ingreso se produjo un aumento importante de peso alcanzando un IMC de  $43 \text{ kg/m}^2$ .

El paciente se presenta a consulta quejándose de un aumento de volumen en la región abdominal que había sido progresivo durante los últimos 18 meses, el paciente no refería algún otro síntoma. Al momento de la exploración física se encontró una hernia en el sitio del puerto del reservorio, la cual no presentaba

datos de estrangulación. Se le realizó una exploración laparoscópica y se encontró una hernia del sitio del puerto de aproximadamente 3 cm con un segmento de omento dentro del saco, cuando se trató de visualizar el TC este se encontraba erosionando la pared del yeyuno con un segmento de 7 cm de tubo dentro su luz. No había evidencia de líquido libre, colecciones o reacción inflamatoria alrededor del asa intestinal. El TC fue removido a través de una incisión de 10 mm en la piel y se realizó una reparación simple del yeyuno con seda 2-0 en dos capas. La BGA se encontraba en posición correcta, alrededor del estómago sin evidencia de erosión o migración, dicho segmento fue cortado y retirado de la cavidad abdominal a través del puerto de 10 mm. La hernia fue reducida sin complicaciones y el defecto fue reparado con una malla de politetrafluoroetileno y fijada a la parte interna de la pared abdominal con grapas helicoidales. Durante el procedimiento quirúrgico no hubo contaminación significativa al momento de extraer el TC del lumen yeyunal, por lo cual se decidió reparar el defecto herniario con la malla previamente mencionada. La evolución postquirúrgica cursó sin complicaciones y el paciente fue dado de alta a las 48 hrs.

### Discusión

Este reporte muestra la pérdida del efecto reductivo de la BGA y una de las complicaciones de la misma. Por un lado, la disminución de peso en el presente caso llegó hasta un IMC de  $32 \text{ kg/m}^2$ , y años después presentó recurrencia e incrementó su peso hasta un IMC ( $43 \text{ kg/m}^2$ ); este efecto, a largo plazo, de la colocación de la BGA ya ha sido reportado en la literatura.<sup>4</sup> Por otro lado, también se muestra la erosión de un órgano intrabdominal por el TC de la BGA. El riesgo de complicaciones de este tipo de procedimientos se encuentra reportado entre el 1.5 y 12 % dependiendo de la serie.<sup>5,6</sup> Las complicaciones pueden ser menores, como infección del sitio del puerto y herniación; o mayores, como migración o erosión gástrica por parte de la banda. La erosión gástrica y la migración de la banda son complicaciones serias y poco frecuentes. Su incidencia varía alrededor del 0.5 a 5 % y <0.1 %, respectivamente.<sup>7</sup> Afortunadamente la mortalidad en la mayoría de estas series es de 0 %.

En nuestro conocimiento, la erosión de BGA de otros órganos abdominales diferentes al estómago solo ha sido reportada en tres ocasiones,<sup>8,9,10</sup> y la erosión del yeyuno solo ha sido reportada en una ocasión. Es posible que dichos reportes no reflejen la incidencia real de la erosión de BGA de otros órganos abdominales diferentes al estómago debido a falta en la detección y falta de interés de los autores por reportarlo. En dicho caso no creemos que el sitio en el que habitualmente colocamos el reservorio (flanco izquierdo) puede influir en evitar o disminuir la erosión de TC a órganos abdominales, y debido a los pocos reportes existentes en la literatura en relación a este tipo de complicaciones, se recomienda, en caso de retiro del reservorio, sujetar el TC a la pared abdominal con sutura no absorbible.

### Conclusiones

La cirugía bariátrica ha emergido como una cirugía compleja y en muchos casos necesaria. Las complicaciones asociadas a la colocación de la BGA están siendo encontradas cada vez con mayor frecuencia. Debido a esto, procedimientos como el bypass gástrico y la gastrectomía vertical en manga han ido ganando terreno sobre la BGA en el tratamiento de la obesidad.

### Referencias bibliográficas

1. Rossi M, Barretto Ferreira da Silva R, Chaves Alcantara G Jr, Regina PF, Martin Bianco Rossi F, Serpa Neta A, et al. Remission of Metabolic Syndrome: A Study of 140 Patients Six Months after Roux-en-Y Gastric Bypass. *Obes Surg.* 2008 May;18(5):601-606.
2. Pontiroli AE, Pizzocri P, Librenti MC, Vedani P, Marchi M, Cucchi E, et al. Laparoscopic adjustable gastric banding for the treatment of morbid (grade 3) obesity and its metabolic complications: a three-year study. *J Clin Endocrinol Metab.* 2002 Aug;87(8):3555-3561.
3. Brancatisano A, Wahlroos S, Matthews S, Brancatisano S. Gastric banding for the treatment of type 2 diabetes mellitus in morbidly obese. *Surg Obes Relat Dis.* 2008 May-Jun;4(3):423-429.
4. Tice JA, Karliner L, Walsh J, Petersen AJ, Fledman MD. Gastric banding or bypass? A systematic review comparing the two most popular bariatric procedures. *Am J Med.* 2008 Oct;121(10):885-93.
5. O'Brien PE, Dixon JB. Weight loss and early and late complications- the international experience. *Am J Surg.* 2002 Dec;184(6B):42S-45S.
6. Belachew M, Belva PG, Desai C. Long-term results of laparoscopic adjustable gastric banding for the treatment of morbid obesity. *Obes Surg.* 2002 Aug;12(4):564-568.
7. Lattuada E, Zappa MA, Mozzi E, Fichera G, Granelli P, De Ruberto F, et al. Band erosion following gastric banding: how to treat it. *Obes Surg.* 2007 Mar;17(3):329-333.

8. Hartmann J, Scharfenberg M, Paul M, Ablassmaier B. Intracolonic penetration of the laparoscopic adjustable gastric banding tube. *Obesity Surgery.* 2006 Feb;16(2):203-205.
9. Zengin K, Sen B, Ozben V, Taskin M. Detachment of the connecting tube from the port and migration into jejuna wall. *Obesity Surgery.* 2006 Feb;16(2):206-207.
10. González GC, González GE, González RR, Morales GL. Retiro por laparoscopia de banda gástrica ajustable penetrada a colon asistida por colonoscopia. *Avances.* 2008;16(5):4-5.

### Correspondencia:

Dr. Rey Jesús Romero González

Email: rey\_@hotmail.com