



Gastrectomía en manga. Procedimiento a seguir tras el balón intragástrico difícil de extraer por vía endoscópica

Ramiro Gálvez Valdovinos,* Arturo Mendoza Rodríguez,† Francisco Funes Rodríguez,*
Gustavo López Ambriz,§ Ernesto Marín y Santillán*

Resumen

En los últimos años la idea de colocar un balón intragástrico mediante endoscopia en el intento de buscar soluciones para una pérdida rápida de peso se puso de moda y con ello resultaron complicaciones antes no vistas. Presentamos el caso clínico de un paciente del sexo femenino de 19 años de edad a la cual se le colocó un balón intragástrico con el propósito de perder peso. El dispositivo intragástrico permaneció nueve meses sin ningún control médico. El endoscopista realizó múltiples intentos de retirada, los cuales fueron fallidos por ruptura y fragilidad del dispositivo con el que cuentan estos balones. El paciente fue sometido a laparoscopia con la finalidad de retirar el balón y realizar un procedimiento quirúrgico bariátrico. La evolución postoperatoria fue satisfactoria y la pérdida de peso alcanzada en 3 meses cumple las expectativas de pérdida de peso esperadas. El propósito de esta comunicación es postular la gastrectomía en manga por vía laparoscópica como un procedimiento a seguir tras retirar el balón intragástrico laparoscópicamente en el paciente que no es posible su extracción por vía endoscópica y a su vez ofrecer una solución definitiva para obesidad.

Palabras clave: Balón intragástrico, manga gástrica, laparoscopia.

Summary

In recent years, the practice of placing an intergastric balloon by way of endoscopy as a solution for rapid weight loss has become popular, but along with it various unforeseen complications have also developed. Here we present the clinical case of a 19 year old female patient, who had the intergastric balloon placed for weight loss reasons. The intergastric device remained inside her for nine months without any medical supervision. The endoscopist later made several attempts to remove the device but was unsuccessful due to rupture and fragility of the device of the balloon. Laparoscopy was then used to remove the balloon and to do a bariatric procedure. The postoperative evolution of the patient was satisfactory and the weight loss in a three month period was well within the expectations for her laparoscopic procedure. The purpose of this report is to propose the laparoscopic sleeve gastrectomy as a practical procedure after the removal of an intergastric balloon on the patient when the extraction is not possible via endoscope, and at the same time offer a definite solution for obesity.

Key words: Intergastric balloon, gastric sleeve, laparoscopy.

* Cirugía General, Centro Endoscópico y Laparoscópico.

† Gastroenterología y Endoscopia.

§ Anestesiólogo. Hospital Ángeles León.

Correspondencia:

Dr. Ramiro Gálvez Valdovinos

Hospital Ángeles León

Av. Cerro Gordo Núm. 311, consultorio 830

Lomas Del Campestre, León, Gto. 37150

Correo electrónico: vgálvez@angelesleon.com

Aceptado: 14-05-2009.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años la colocación de un balón intragástrico (BIG) aplicado por vía endoscópica se puso de moda en todo el país con el propósito de la reducción rápida de peso. Esta práctica se ha justificado en pacientes con obesidad mórbida previa a una cirugía bariátrica o en pacientes que no aceptan los procedimientos quirúrgicos, bien por el temor a la cirugía o por contraindicaciones médicas. El balón tiene una durabilidad intragástrica en promedio de 6 meses y este tiempo varía de acuerdo a las casas comerciales. La retirada del BIG en ocasiones se torna

difícil para el endoscopista, de tal forma que cuando no es posible, la cirugía laparoscópica es una solución. El propósito de esta comunicación es postular la gastrectomía en manga por vía laparoscópica como un procedimiento a seguir tras retirar el balón intragástrico laparoscópicamente en el paciente que no es posible su extracción por vía endoscópica y a su vez ofrecer una solución definitiva para obesidad.

CASO CLÍNICO

Mujer de 19 años de edad a la cual se le colocó un BIG en otra institución con la finalidad de perder peso. El balón duró intragástrico nueve meses sin control por su médico. El paciente acude al Servicio de Gastroenterología de este hospital para la retirada del BIG por vía endoscópica; después de múltiples intentos no fue posible extraerlo; reporta el endoscopista que las capas (paredes) del balón están friables y no cuentan con la resistencia habitual y que a pesar de utilizar pinzas y asas especiales para su extracción no fue posible remover el BIG, razón por la que se programa para cirugía laparoscópica. La exploración física muestra una mujer joven con IMC de 44 sana.

Cirugía; Una vez colocados los puertos de trabajo se inicia la intervención liberando los vasos cortos con el bisturí armónico; una vez completado este tiempo operatorio se procede a realizar la gastrotomía para posteriormente extraer el balón, el cual efectivamente se encuentra friable y chicloso y adherido a la pared gástrica. El BIG se coloca a una bolsa para su extracción. Se continúa la cirugía con el cierre de la gastrotomía y se realiza la gastrectomía en manga con la utilización de grapadoras lineales; este acto es finalizado con una sutura en toda la línea de grapas, se coloca un drenaje espirativo y se termina la cirugía con la extracción del BIG y de la pieza operatoria (Figura 1). La evolución postoperatoria es satisfactoria, el control radiológico con medio de contraste hidrosoluble no muestra fugas y existe un buen vaciamiento de la manga gástrica (Figura 2); se inicia posteriormente la vía oral con líquidos y la paciente es egresada a las 48 horas del control radiológico. Actualmente cursa los tres meses del postoperatorio y presenta una pérdida de peso de 20 kg, la calidad de vida es muy satisfactoria.

DISCUSIÓN

La justificación médica que se utiliza actualmente para aplicar un BIG es que éste favorece una rápida pérdida de peso, con el objetivo de disminuir los efectos del exceso ponderal sobre ciertas comorbilidades que pueden agravar la vida del paciente obeso.¹ En la república mexicana no existe un consenso sobre la utilización del BIG en la

obesidad. Este procedimiento es una alternativa temporal en el que no se debe garantizar que la pérdida de peso sea segura y que el paciente vuelva a recuperar total o parcialmente el peso perdido. La experiencia del BIG se conoce desde la década de los ochenta,² pero sus resultados no fueron muy positivos debido a las complicaciones relacionadas con el BIG. Actualmente los BIG han vuelto a estar de moda en las clínicas para el tratamiento de la obesidad y las casas comerciales presionan en los congresos para que estos dispositivos sean utilizados una vez más;^{3,4} los fabricantes refieren que las mejorías son las siguientes: el BIG es colocado por endoscopia, son reali-



Figura 1. Pieza operatoria y BIG.



Figura 2. Control radiológico con medio de contraste hidrosoluble no muestra fugas y existe un buen vaciamiento de la manga gástrica.

Cuadro I. Complicaciones médicas.

Náuseas-vómitos: 90% durante la primera semana; luego disminuyen.
 Persistencia de vómitos o arcadas frecuentes.
 Desinflado del balón: pérdida sensación de saciedad, aumento de ingesta, aumento de peso.
 Escasa pérdida de peso o inexistente.
 Pesadez epigástrica, dolor abdominal de forma constante o cíclica.
 Aumento de la acidez gástrica: riesgo de ulceraciones y sangrado.
 Reflujo gastroesofágico.
 Regurgitaciones y aspiración de contenido gástrico.
 Crecimiento bacteriano.
 * Dificultad para su extracción endoscópica.

Cuadro II. Complicaciones ligadas a la colocación del BIG.

Obstrucción intestinal: Progresión del balón desinflado por el intestino.
 Fugas del balón (incompetencia de la válvula).
 Lesiones del tubo digestivo: úlceras esofágicas, gástricas y perforaciones.
 Muerte por complicaciones (perforación y obstrucción intestinal).
 Complicaciones relacionadas con el procedimiento endoscópico.

zados de silicón, sin costuras, se pueden rellenar de líquido o aire, resistente a los ácidos gástricos, son radioopacos, cambiaron a modelos esféricos y de superficie lisa.⁵⁻⁷ El BIG una vez relleno de líquido produce una sensación de plenitud, de tal manera que el paciente ingiere menos alimento y consiguientemente pierde peso; en realidad actúa como un bezoar artificial que impide la ingesta normal de alimentos. Los fabricantes recomiendan retirar el BIG a los 6 meses y refieren que las complicaciones son proporcionales al mayor tiempo de permanecer intragástrico.⁸ Las complicaciones pueden ser las de índole médica, las relacionadas directamente con el procedimiento endoscópico (Cuadro I) y las inherentes al mismo balón (Cuadro II).^{9,10} En el presente caso, la complicación fue el no poder extraer el BIG por el método convencional por presentar dificultades técnicas al momento de capturar el BIG con las pinzas y asas de extracción a través del endoscopio; el BIG se vio deteriorado en la resistencia tanto del aditamento especial con el que cuenta el balón para su extracción, así como de todas sus capas; este deterioro en su recubrimiento al parecer fue debido al hecho de permanecer intragástrico más tiempo del recomendado por el fabricante. La mejor alternativa cuando esto sucede es realizar la extracción por vía laparoscópica y a su vez realizar un procedimiento quirúrgico bariátrico como puede ser el bypass o la gastrectomía en manga. Es recomendable iniciar como primer paso quirúrgico la extracción del BIG, realizando 10 cm de liberación de vasos cortos y la gastrostomía efectuarla a nivel de la curvatura mayor a 7 cm por arriba del píloro; una vez extraído el balón cerrar la gastrostomía con una sutura continua intracorpórea; esta maniobra permite reducir el volumen intragástrico, proporcionando una mejor manipulación para realizar la gastrectomía en manga.

CONCLUSIONES

1. Los BIG causan complicaciones, una de ellas es el no poder extraer el BIG mediante endoscopia.
2. La permanencia prolongada del BIG daña las capas del mismo, obligando a la acción quirúrgica.
3. La cirugía laparoscópica es una buena alternativa para la extracción del BIG, cuando todas las alternativas ofrecidas por el endoscopista han sido agotadas.
4. La retirada del BIG seguida de la gastrectomía en manga laparoscópica es una buena alternativa y los resultados son satisfactorios para el paciente.

REFERENCIAS

1. Lindor KD, Hughes RW Jr, Ilstrup MD et al. Intra-gastric balloons in comparison with standard therapy for obesity, a randomized, double-blind trial. *Mayo Clinic Proc* 1987; 62: 992-996.
2. Escudero SA, Catalán SI, Gonzalvo SJ et al. Effectiveness, safety, and tolerability of intra-gastric balloon in association with low-calorie diet for the treatment of obese patients. *Rev Esp Enferm Dig* 2008; 100: 349-354.
3. Lopasso FP, Sakai P, Gazi BM. A pilot study to evaluate the safety, tolerance, and efficacy of a novel stationary antral balloon (SAB) for obesity. *J Clin Gastroenterol* 2008; 42: 48-53.
4. Coskun H, Aksakal C. Experience with sedation technique for intra-gastric balloon placement and removal. *Obes Surg* 2007; 17: 995-996.
5. Mion F, Gincul R, Roman S et al. Tolerance and efficacy of an air-filled balloon in non-morbidly obese patients: results of a prospective multicenter study. *Obes Surg* 2007; 17: 764-769.
6. Rossi A, Bersani G, Ricci G et al. Intra-gastric balloon insertion increases the frequency of erosive esophagitis in obese patients. *Obes Surg* 2007; 17: 1346-1349.
7. Imaz I, Martínez-Cervell C, García-Alvarez EE et al. Safety and effectiveness of the intra-gastric balloon for obesity. A meta-analysis. *Obes Surg* 2008; 18: 841-846.
8. Mathus-Vliegen EM. Intra-gastric balloon treatment for obesity: what does it really offer? *Dig Dis* 2008; 26: 40-44.
9. Koutelidakis I, Dragoumis D, Papazilogas B et al. Gastric perforation and death after the insertion of an intra-gastric balloon. *Obes Surg* 2009; 19: 393-396.
10. Ruiz D, Vranas K, Robinson DA et al. Esophageal perforation after gastric balloon extraction. *Obes Surg* 2009; 19: 257-260.