

# Manejo integral de banda gástrica secundario a migración. Reporte de caso

Alfredo Chama-Naranjo<sup>1\*</sup>, Andrés de J. Sosa-López<sup>2</sup> y Jorge Farell-Rivas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cirugía General; <sup>2</sup>Servicio de Endoscopia. Hospital Central Sur de Alta Especialidad, PEMEX, Ciudad de México, México

## Resumen

*La banda gástrica ajustable laparoscópica puede presentar complicaciones como la migración, la perforación y la erosión. El tratamiento endoscópico puede resolver las complicaciones de forma mínimamente invasiva con alta tasa de éxito.*

**Palabras clave:** Cirugía bariátrica. Banda gástrica. Complicaciones. Tratamiento de complicaciones.

## Migrated gastric band: An integrated approach. A case report

### Abstract

*Laparoscopic adjustable gastric band may present complications such as migration, perforation and erosion. Endoscopic treatment is able to solve the complications in a minimally invasive manner with high rate of success.*

**Key words:** Bariatric surgery. Gastric band. Complications. Complication treatment.

## Introducción

La banda gástrica ajustable laparoscópica (BGAL) presenta complicaciones como migración, perforación, penetración y erosión, que se presentan en un 2.2-10%, 1.8-6.6% y 0.3-11%, respectivamente<sup>1</sup>.

Se describe un caso de colocación de banda gástrica «artesanal» que presentó migración y erosión intraluminal (penetración).

## Caso clínico

Mujer de 40 años con antecedente de colocación de BGAL por abordaje abierto (extraínstitucional).

Presentó índice de masa corporal (IMC) preoperatorio de 38 kg/m<sup>2</sup>, alcanzó un IMC de 32 kg/m<sup>2</sup> al primer año y cinco años después se documenta un IMC de 34 kg/m<sup>2</sup>. Presenta síntomas digestivos de dos meses de evolución caracterizados por distensión abdominal recurrente y dolor abdominal con la ingesta de alimentos. Se realiza panendoscopia y tomografía contrastada, encontrando penetración intraluminal de la banda gástrica a nivel del cardias mayor al 50% de su circunferencia (Fig. 1 A-C).

Se decidió la retirada de la BGAL por abordaje endoscópico, por medio de un litotriptor tipo Soehendra y bajo visión endoscópica se lazo la banda gástrica

### Correspondencia:

\*Alfredo Chama-Naranjo

E-mail: alfredchamaa@gmail.com

0188-9893/© 2020. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, publicado por Permanyer México SA de CV, todos los derechos reservados.

Fecha de recepción: 27-10-2019

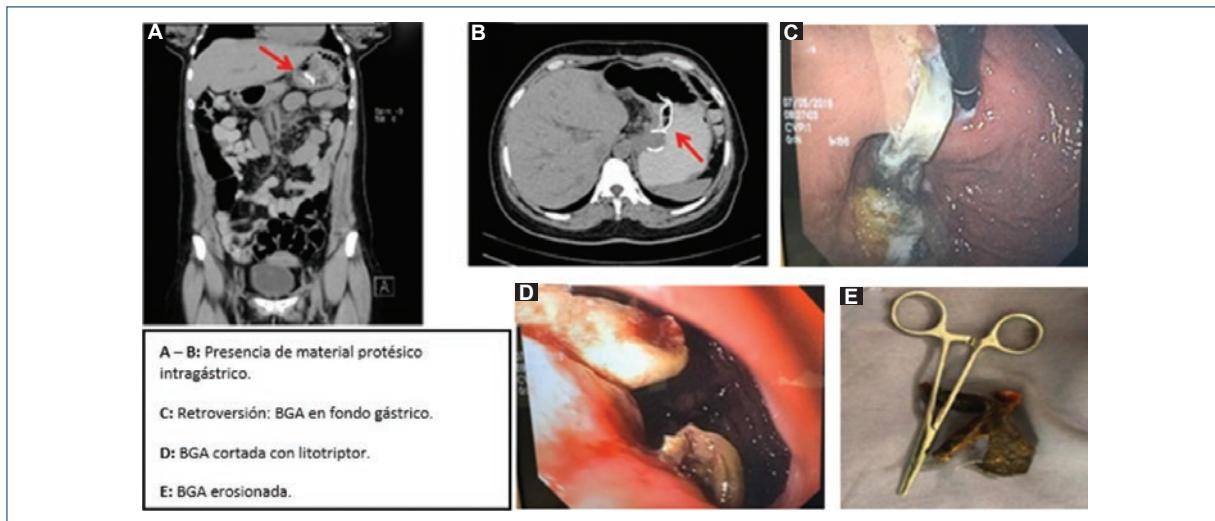
Fecha de aceptación: 03-03-2020

DOI: 10.24875/END.20000034

Disponible en internet: 08-05-2020

Endoscopia. 2020;32(1):31-33

www.endoscopia-ameg.com



**Figura 1.** A-B: presencia de material protésico intragástrico. C: retroversión (BGAL en fondo gástrico). D: BGAL cortada con litotriptor. E: BGAL erosionada. BGAL: banda gástrica ajustable laparoscópica.

hasta su rotura (Fig. 1 D); se extrajo a través de la boca con asa de polipectomía sin complicaciones (Fig. 1 E).

Nuestro caso presentó migración con erosión cinco años después de su colocación, cuyo tratamiento fue factible realizarlo por endoscopia terapéutica.

## Discusión

La migración y erosión intragástrica son complicaciones en las que se encuentran involucrados diversos mecanismos. Cuando se presentan de forma temprana generalmente son debidos a problemas técnicos tras su colocación<sup>2</sup>.

Los síntomas descritos en la erosión gástrica son dolor epigástrico e infección persistente del puerto subcutáneo. Puede presentarse como primer síntoma el aumento del peso perdido secundario a la ausencia del mecanismo de restricción de la banda<sup>3</sup>.

La tomografía contrastada es la modalidad de elección para el diagnóstico, ya que permite identificar la localización de la banda<sup>4</sup>. La endoscopia digestiva alta puede ser terapéutica, retirando la banda en caso de ser posible<sup>5</sup>.

El tratamiento depende de los síntomas, el estado clínico del paciente, la localización de la banda y los recursos hospitalarios disponibles. Generalmente no representa una urgencia quirúrgica<sup>6</sup>.

En caso de migración, el tratamiento va a depender de la clínica y el tipo de penetración de la banda. Si la banda se encuentra dentro del esófago/estómago en más del 50% de su circunferencia, puede intentarse su retirada vía endoscópica<sup>7</sup>.

## Conclusión

En los años noventa, se colocaron un importante número de bandas gástricas «artesanales» (con materiales como politetrafluoroeleno, látex y silicona) que no contaban con un puerto para calibración y que permanecían en el cuerpo del paciente hasta su retirada. La endoscopia puede resolverlo de forma mínimamente invasiva, con alta tasa de éxito y bajas complicaciones, como se demuestra en este reporte de caso.

## Financiamiento

Los autores no recibieron patrocinio para llevar a cabo este artículo.

## Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses alguno.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de paciente.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo.

## Bibliografía

1. Fried M, Miller K, Kormanova K. Literature review of comparative studies of complications with Swedish band and lapband. *Obes Surg.* 2004;14:256-60.
2. Changela K, Ofori E, Duddempudi S, et al. Peroral endoscopic reduction of dilated gastrojejunal anastomosis after bariatric surgery: Techniques and efficacy. *World J Gastrointest Endosc.* 2016;Feb; 8(4): 239-43.
3. Sapalidis K, Liavas L, Panteli N, Anand S, Singhal S. Intrajejunal migration of adjustable gastric band: A case report. *Curr Health Sci J.* 2013;39:118-20.
4. Salar O, Waraich N, Singh R, Awan A. Gastric band erosion, infection and migration causing jejunal obstruction. *BMJ Case Rep.* 2013 Jan 17;2013.
5. Bueter M, Thalheimer A, Meyer D, Fein M. Band erosion and passage, causing small bowel obstruction. *Obes Surg.* 2006;16:1679-82.
6. Campos JM, Evangelista LF, Galvão Neto MP, Ramos AC, Martins JP, dos Santos MA Jr, et al. Small erosion of adjustable gastric band: endoscopic removal through incision in gastric wall. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2010;20:e215-7.
7. Tekin A. Migration of the connecting tube into small bowel after adjustable gastric banding. *Obes Surg.* 2010;20:526-9.