



P-477 - ¿CUÁNDO RETIRAR UNA BANDA GÁSTRICA INFECTADA? SIGNOS DE ALARMA

C. Guillén Morales, B. López Fernández, V. Rodríguez Álvarez, J. Mínguez García, A. Hernández Matías, J.C. Ruiz de Adana y J.M. Jover Navalón

Hospital Universitario de Getafe, Getafe.

Resumen

Objetivos: La banda gástrica ajustable (BGA) es un técnica bariátrica puramente restrictiva, que suele estar asociada a un menor número de complicaciones postoperatorias que otras técnicas más complejas, debido fundamentalmente al menor tiempo quirúrgico y al menor número de suturas. Ante síntomas infecciosos a nivel del reservorio subcutáneo, deben descartarse complicaciones tardías graves tales como la erosión de BGA.

Caso clínico: Mujer de 31 años con antecedente quirúrgico de colocación de BGA hace 5 años en otro centro. Acude al Servicio de Urgencias por presentar infección cutánea localizada a nivel del reservorio de la BGA. Se realiza curas locales y tratamiento antibiótico vía oral; tránsito esofagogastroduodenal (EGD) y endoscopia digestiva alta (EDA) ambulatorias: ausencia de migración y sin otros datos de complicación. La paciente presenta posteriormente extrusión del reservorio subcutáneo, por lo que se realiza su retirada fijando el catéter a la aponeurosis y manteniendo las curas locales. A los 2 meses de la extracción del reservorio y habiendo finalizado las curas, presenta infección de la herida quirúrgica. Ecografía de pared abdominal: no visualiza colecciones subcutáneas. Se abre herida para continuar con curas locales, tras lo cual presenta ausencia de mejoría en 2 semanas. CT abdominal: colección subcutánea 36 × 15 mm donde se localiza punta de catéter de la BGA; no colecciones intraabdominales. Con diagnóstico de infección de BGA y tras ausencia de mejoría con tratamiento conservador durante 5 meses, se decide intervención quirúrgica programada para retirada de la misma vía laparoscópica. La evolución fue satisfactoria, dándose el alta a las 48 horas de la intervención sin complicaciones inmediatas ni tardías.

Discusión: Entre las complicaciones que pueden aparecer tras la colocación de la BGA se encuentran la obstrucción, infección del puerto, erosión gástrica, deslizamiento o prolapso gástrico. Ante la presencia de sintomatología tras la colocación de la BGA debe realizarse un estudio enfocado a descartar dichas complicaciones. La infección del reservorio subcutáneo puede presentarse como una celulitis o supuración a través de la herida. El tratamiento se basa en antibioterapia vía oral o intravenosa, pudiendo requerir la retirada del puerto si no se observa mejoría. El catéter queda anclado a la aponeurosis para una posible colocación de un nuevo puerto cuando la infección local esté resuelta. La erosión de la BGA puede manifestarse inicialmente como infección subcutánea o celulitis en el puerto de acceso. Ante esta sintomatología debe realizarse una endoscopia digestiva

alta (EDA), que puede diagnosticar una inclusión parcial o completa en el estómago. El tránsito gastrointestinal evidenciaría contraste oral alrededor de la banda y descartaría una posible fuga. En nuestro caso, la paciente presentaba infección local a nivel del reservorio subcutáneo. Tras descartar una posible erosión gástrica se realizó tratamiento conservador con curas locales. Ante la ausencia de resolución del cuadro, incluso tras la retirada del puerto, se decidió retirada de la banda vía laparoscópica.