



## P-439 - PERFORACIÓN GÁSTRICA EN PACIENTE CON BALÓN INTRAGÁSTRICO. UNA COMPLICACIÓN GRAVE DEL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LA OBESIDAD

Brea Gómez, Esther; Martínez Domínguez, Patricia; González Puga, Cristina; Lendínez Romero, Inmaculada; Szuba, Ágata; Jiménez Ríos, José Antonio

Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

### Resumen

**Objetivos:** La obesidad es una de las enfermedades cardiometabólicas más prevalentes en el mundo, está considerada la primera causa de epidemia no infecciosa. En estos momentos existen múltiples tratamientos para la misma, médicos y quirúrgicos, dentro de ellos se encuentra la colocación de balón intragástrico, que es un dispositivo para el tratamiento temporal de la obesidad. Se introduce por endoscopia y se rellena de suero salino hasta unos 500-700 ml, comportándose a modo de bezoar con movimiento libre en el estómago. Se trata de un procedimiento efectivo a corto plazo y con una morbilidad baja, pero no exento de complicaciones.

**Caso clínico:** Paciente mujer de 39 años con antecedentes personales de obesidad (IMC aproximado de 32), y portadora de un balón intragástrico desde hace un año, con una pérdida ponderal de unos 12 kg. Acude a Urgencias por cuadro de dolor abdominal focalizado en hipocondrio izquierdo e irradiado a epigastrio, de una semana de evolución intensificado en los últimos días y sin respuesta a analgesia. A la exploración la paciente presenta posición antiálgica, abdomen doloroso y defensa generalizada. Analítica con leucocitosis de 14.300  $\mu$ l (neutrofilia de 90%) y TAC abdominal en el que se evidencia pneumoperitoneo y líquido libre. Ante los hallazgos se decide ingresar a la paciente y realizar laparotomía exploradora urgente. Se realiza laparotomía exploradora encontrándose peritonitis purulenta y estómago de gran tamaño debido al balón que dificulta la exploración, pero apreciándose mayor cantidad de fibrina en cara anterior gástrica. Se realiza vaciado parcial de balón mediante punción, pudiéndose apreciar la perforación en cara anterior gástrica casi adyacente a zona media de curvatura mayor. Se amplía la perforación, tomándose muestra para biopsia, vaciado completo del balón (en total unos 700 ml) y extracción del mismo, se realiza cierre primario y epiploplastia. En el postoperatorio la paciente evoluciona favorablemente siendo dada de alta hospitalaria al 6º DPO.

**Discusión:** El balón intragástrico pese a ser un tratamiento de la obesidad con baja morbilidad no está exento de complicaciones graves como la perforación gástrica, que se puede dar por mala vascularización del estómago y por decúbito del balón sobre el mismo, recomendándose extracción del balón al 6º mes. En nuestra paciente la perforación posiblemente se produjo por decúbito del balón por demora en la extracción del mismo.