

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR MIGRACIÓN DE BANDA GÁSTRICA

Estimado Editor:

Le reporto el caso de una paciente mujer de 43 años, procedente de Lima (La Molina) que ingresó al servicio de emergencias del Hospital Central PNP, el 16 de mayo del 2008, con un tiempo de enfermedad de dos días, presentando mareos, náuseas, lipotimia y melena. Posteriormente, refirió que desde hace 15 días atrás presentaba ya episodios de epigastralgia penetrante. Debido a que la paciente padece de lumbalgia crónica por hernia del núcleo pulposo, recibía AINEs con regularidad, habiéndose administrado diclofenaco por vía IM antes de su ingreso en dosis de 01 amp/día por 15 días. Como antecedente adicional, manifestó ser portadora de banda gástrica ajustable desde hace 2 años, instalada sin complicaciones en una clínica local, para tratamiento de la obesidad, y con la cual obtuvo una reducción de peso desde 100 Kg hasta 57 kg, que fue el registrado en su hospitalización. El examen inicial encontró a una paciente pálida, agudamente enferma, somnolienta y desorientada. PA: 90/60 mmHg FC: 87/min FR: 24 /min To 36 grados. Piel y mucosas pálidas, abdomen blando, poco depresible, doloroso a la palpación en epigastrio.

En la próxima media hora la paciente presentó hipotensión de 60/0 y se determinó shock hipovolémico, por lo cual se indicó fluidoterapia intensa, hemotransfusión e inhibidor de bomba de protones por vía IV. Los análisis de ingreso (16 mayo) fueron: Hb: 7,30 g/dL, Leucocitos 7000/mm³; plaquetas 247000/mm³, glucosa 155 mg/dL; creatinina 0.6 mg/dL. Con la transfusión de glóbulos rojos la Hb se elevó hasta 8.4 g/dL. En estas condiciones la paciente ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos Generales (UCIG)

Una endoscopia alta (18 mayo) informó: úlcera duodenal activa y obstrucción prepilórica. La paciente tuvo una aparente evolución favorable y pasó a una sala de medicina.

El día 25 de mayo la paciente presentó cuadro de rectorragia, melena e hipotensión arterial. El hematocrito descendió de 34 a 25. Regresó a la UCIG y se administraron 2 paquetes globulares. Dado el episodio de resangrado la paciente fue evaluada por cirugía general e intervenida el 28 mayo.

Los hallazgos reportados fueron: 1) presencia de banda gástrica en lumen gástrico, con erosión de mucosa y sangrado activo en la curvatura menor hacia la cara posterior; 2) perforación superior a \pm 2 cm del cardias y otra perforación inferior a \pm 3 cm del píloro, ambos por migración de banda gástrica; y 3) píloro y antro retraídos por fibrosis de banda gástrica. No se encontraron lesiones en duodeno. Durante el postoperatorio, la paciente presentó sepsis, insuficiencia respiratoria, insuficiencia hepática y plaquetopenia, pero finalmente superó todas las complicaciones.

Está claro que el informe de la endoscopia inicial no permitió plantear un adecuado diagnóstico diferencial y el hallazgo fue intraoperatorio; sin embargo, en mi opinión, aún cuando la complicación hemorrágica por banda gástrica ocurre solo en un 0.3%, en todo paciente portador de cirugía bariátrica que presente HDA o cualquier síndrome gastrointestinal, el diagnóstico diferencial debe considerar necesariamente una posible complicación originada por su cirugía bariátrica, independiente de la frecuencia epidemiológica de las etiologías comunes que se presentan en la población general, a fin de no incurrir en decisiones que puedan retardar la corrección quirúrgica y perder un tiempo valioso mientras se instaura un tratamiento médico que solo pueda resultar paliativo y más bien enmascarar el cuadro real.

Dr. Aland Bisso Andrade.

Médico Internista de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Central PNP

BIBLIOGRAFIA

- 1) MAGGARD M et al. Meta-Analysis: Surgical Treatment of Obesity. *Ann Intern Med.* 2005;142:547-559.
- 2) DEMARIA EJ. Bariatric surgery for morbid obesity. *N Engl J Med* 2007; 356: 2176-83. 3) Korenkov M, Update: bariatric surgery. *Lancet* 2007; 370: 1988-90