

Caso	(436) Dolor epigástrico súbito.
Autores	Ruben Caballero López, R.márquez López, S. Fettane Gómez, P. Servent Sánez, M. González Domínguez
Centro	Complejo Hospitalario Universitario Materno Insular De Gran Canaria.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 55 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo II con mal control metabólico, dislipemia, obesidad e inserción de balón intragástrico hace 4 meses, que acude al servicio de urgencias hospitalario por dolor postprandial epigástrico intenso e intolerancia oral. A la exploración física presenta distensión abdominal e inestabilidad hemodinámica.

Se realiza TC de abdomen y pelvis en fase portal tras la administración de contraste intravenoso donde se identifica una solución de continuidad de aproximadamente 42 mm del fundus gástrico con neumoperitoneo y abundante contenido gástrico en los recessos subfrénicos, perietocólicos y pelvis (aproximadamente 2 litros). El balón intragástrico, de aproximadamente 10 cm de diámetro, permanece en la cavidad gástrica mostrando integridad de su pared y morfología dentro de la normalidad.

DISCUSIÓN

Los hallazgos descritos son compatibles con una rotura gástrica por estallido como se confirmó en el acto quirúrgico donde se visualizó una perforación del fundus de 10 cm y abundante cuantía de contenido alimenticio en la cavidad abdominal.

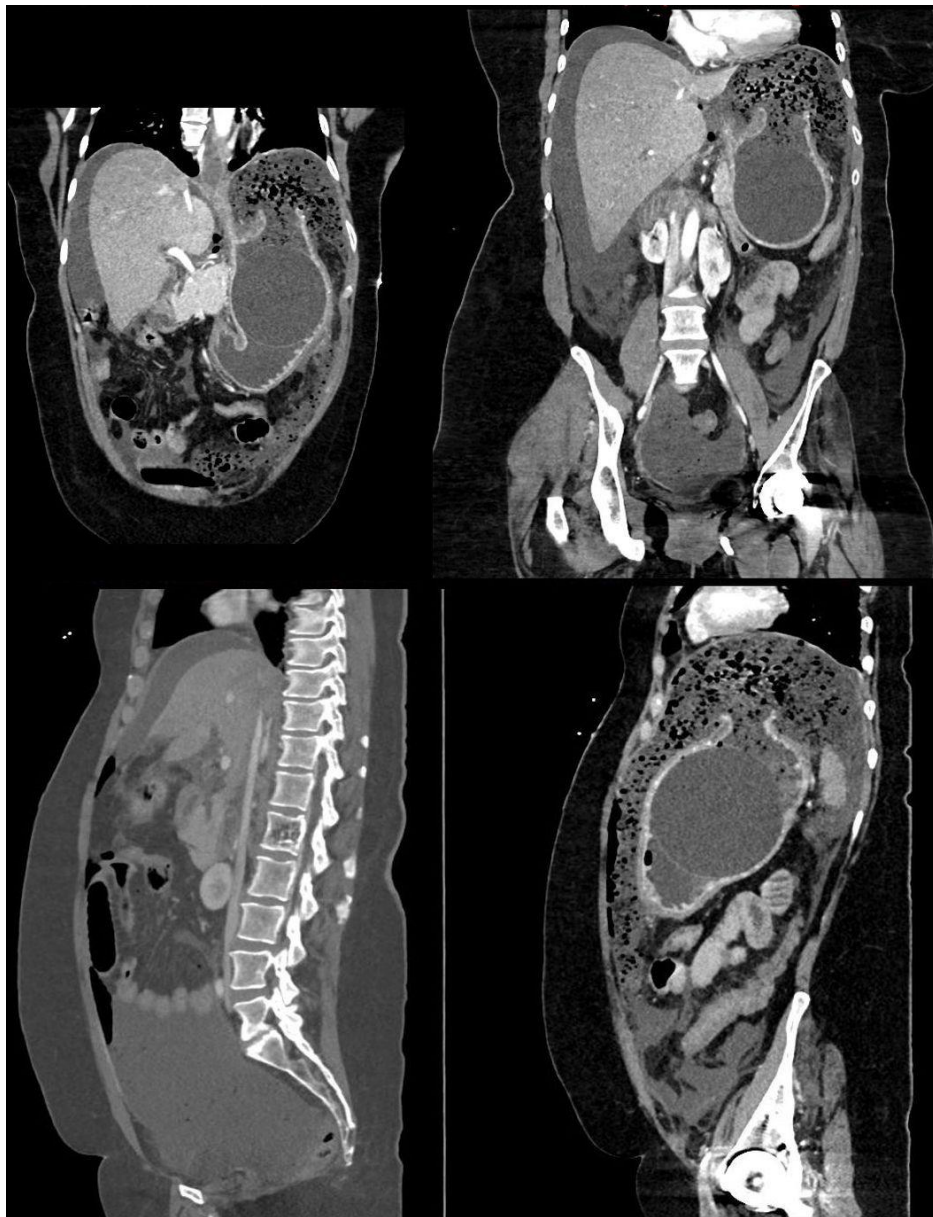
La rotura o perforación gástrica es una complicación grave poco frecuente del uso de balones intragástricos. Los efectos adversos más comunes son el dolor (33,7%) y las náuseas (29%), debidos a la distensión gástrica y a la reducción del volumen, siendo generalmente autolimitados. Las complicaciones más graves son la oclusión intestinal, la perforación gastro-duodenal y la muerte, con una incidencia del 0,3%, 0,1% y 0,08% respectivamente.

El mecanismo fisiopatológico de la perforación gástrica no está del todo establecido si bien se cree que la acción mecánica del balón sobre la mucosa estomacal podría producir una úlcera la cual debilitaría la pared por lo que está recomendado el uso de IBP's de manera profiláctica. También se han descrito casos asociados a gastroparesia diabética tal y como ocurrió en nuestra paciente, siendo esta un factor de riesgo independiente debido al enlentecimiento del vaciamiento gástrico.

Tanto el uso de la RX simple de abdomen como la TC están indicadas para valorar la presencia de neumoperitoneo. Además, la TC nos permite localizar el gas, delimitar el defecto de la pared y detectar otras complicaciones. Radiológicamente el balón intragástrico debe aparecer como una estructura redondeada y radiolúcida de aproximadamente 400-700 ml localizada en la transición del fundus-cuerpo y no debe ocupar el antro ni impedir el paso de contraste hacia la región pilórica.

CONCLUSIÓN

Las pruebas de imagen son básicas para el diagnóstico de la perforación gástrica ante el cuadro de dolor abdominal súbito en pacientes con balón intragástrico, y una vez confirmada su existencia, ayudar en la planificación del tratamiento quirúrgico.



Solución de continuidad en el fundus gástrico con neumoperitoneo y contenido gástrico en los espacios intraabdominales.

BIBLIOGRAFÍA

Genco A, Bruni T, Doldi SB. BioEnterics Intra-gastric Balloon: The Italian Experience with 2,515 Patients. *Obesity Surgery*. 2005 Sep;15(8):1161-4. <https://doi.org/10.1381/0960892055002202>

Jung Hwan Oh, Pankaj J Pasricha. Recent Advances in the Pathophysiology and Treatment of Gastroparesis. *Neurogastroenterol Motil*. 2013 Jan; 19(1): 18-24. <https://doi.org/10.5056/jnm.2013.19.1.18>

J. Fernández Jara, N. Alegre Bernal, J. Cubero Carralero, C. Cárdenas Valencia, B. Corral Ramos, C. Poyo Calvo. Procedimientos quirúrgicos de la Obesidad Mórbida: ANATOMIA NORMAL Y COMPLICACIONES. *SERAM* 2012. <https://dx.doi.org/10.1594/seram2012/S-0551>

Sharnice A Koek y Jack Hammond. Gastric outlet obstruction secondary to orbera intra-gastric balloon. *J Surg Case Rep*. 2018 Oct; 2018(10): rjy284. <https://doi.org/10.1093/jscr/rjy284>