

Caso	(640) Pancreatitis aguda secundaria a impactación de balón gástrico.
Autores	Maria Angeles Luceño Ros, Peña Martínez B., Suarez Pereiro M.j., Álvarez Fernández M. C., Morbelli J.a., Pérez Rodríguez M.
Centro	Complejo Asistencial Universitario De León.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 46 años que acude al servicio de Urgencias por vómitos de 24 horas de evolución que no ceden y dolor intenso a nivel de epigastrio. Como antecedentes destaca obesidad y colocación de balón intragástrico hace un año, pendiente de su retirada. El paciente no presenta fiebre, diarrea u otra clínica acompañante y niega consumo de tóxicos. La exploración física revela dolor a la palpación a nivel de epigastrio como único hallazgo. En el estudio analítico destaca: amilasa 2800U/l, lipasa 274 U/l, proteína C reactiva 32,8 mg/dl, leucocitos 7.800/mm³ con neutrofilia. El resto de la bioquímica, el hemograma y la coagulación fueron normales. Ante la situación del paciente, se realiza TC helicoidal multicorte de abdomen con administración de contraste IV, mediante el cual se evidencia migración del balón intragástrico, que se encuentra impactado en el duodeno, sobre el que ejerce compresión, condicionando reacción inflamatoria/isquémica duodenal e inflamación pancreática.

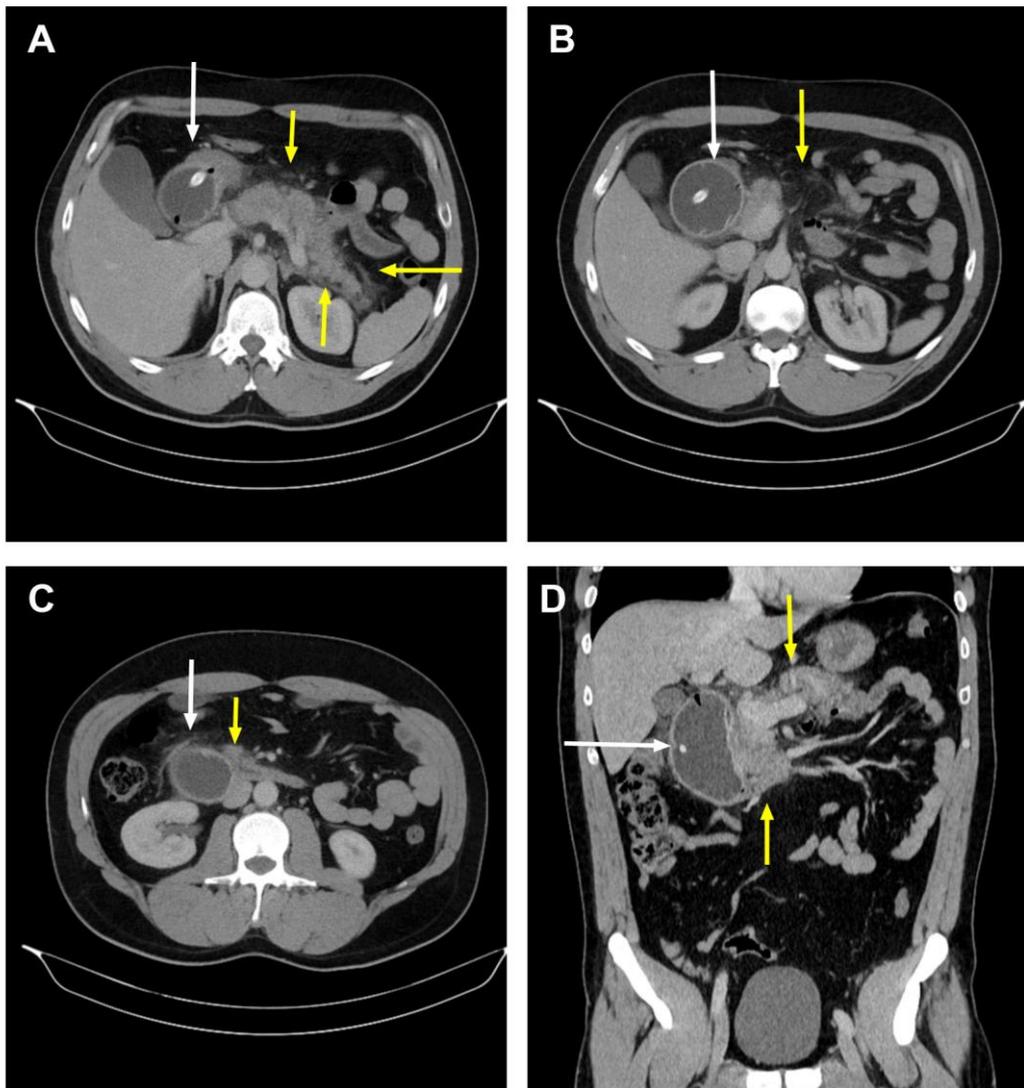
DISCUSIÓN

La prevalencia de sobrepeso y obesidad está aumentando de forma preocupante en todo el mundo y en nuestro medio. Como consecuencia, estamos observando un aumento en la utilización de técnicas poco invasivas para el tratamiento de estas enfermedades, como el balón intragástrico. Se trata de un dispositivo temporal indicado en ciertos pacientes obesos, destinado a ayudar en la pérdida de peso al ocupar espacio en la cavidad gástrica, aumentando la sensación de saciedad. Ha demostrado ser un tratamiento efectivo, seguro y bien tolerado, con una tasa de complicaciones muy baja. La mayoría de los efectos adversos derivados de su uso son menores, relacionados con distensión gástrica y sensación de disconfort. Las complicaciones graves, como rotura, deshinchado y migración del balón, son excepcionales, y su riesgo de aparición aumenta cuando el balón se mantiene por periodos prolongados (más de 6 meses). En situación normal, al realizar una prueba de imagen, observamos el balón intragástrico posicionado en el interior del estómago. En nuestro caso, la TC de abdomen muestra el balón desplazado caudalmente hacia el duodeno, ocupando la primera y segunda porción duodenales, a las cuales comprime, comprimiendo también la ampolla de Vater. No se asocia dilatación gástrica, ni de la vía biliar ni del conducto de Wirsung. Se observa también aumento de densidad de la grasa periduodenal y de la grasa peripancreática, así como pequeña cantidad de líquido en las fascias renales anteriores. Todos estos hallazgos sugieren reacción inflamatoria/isquémica duodenal e inflamación pancreática. Se establece el diagnóstico de pancreatitis secundaria a impactación de balón intragástrico y se realiza gastroscopia de urgencia para extracción del

balón. El paciente evoluciona favorablemente tanto desde el punto de vista clínico como analítico, encontrándose sin dolor y con tolerancia oral.

CONCLUSIÓN

El balón intragástrico es una técnica segura y eficaz en el tratamiento no quirúrgico de la obesidad, por lo que su uso está en aumento. Aunque la incidencia de complicaciones graves derivada de su aplicación es baja, no está exenta de las mismas, siendo las más frecuentes cuadros obstructivos o de perforación gástrica. La aparición de dolor abdominal e intolerancia digestiva en un paciente portador de balón intragástrico debe ponernos en alerta ya que puede ser consecuencia de una complicación grave subyacente, como la que mostramos en este caso, que requiera la retirada del dispositivo.



Imágenes axiales (A, B y C) de TC de abdomen con contraste IV en las que se observa el balón ocupando la primera y segunda porción del duodeno (flechas blancas), así como aumento de densidad de la grasa periduodenal y peripancreática y pequeña cantidad de líquido en fascia renales anteriores (flechas amarillas). No se observa dilatación gástrica. Reconstrucción coronal (D) que muestra los mismos hallazgos del TC de abdomen con contraste IV.

BIBLIOGRAFÍA

Úbeda Iglesias A, Irlles Rocamora J.A, Povis López C.D. Impactación antral y parada cardiorrespiratoria. Complicaciones del balón intragástrico. Medicina Intensiva. 2012; 36 (4): 315-317. DOI: 10.1016/j.medin.2011.08.011

Sela Muñoz A, Calzado Baeza S. F, Palomeque Jiménez A, Casado Caballero F. J. Pancreatitis aguda asociada a balón intragástrico. Elsevier: Gastroenterología y Hepatología. 2016; 39 (9): 603-504. DOI: 10.1016/j.gastrohep.2015.08.006.

Rubio Solís D, Sánchez García S. Obstrucción gástrica secundaria a balón intragástrico. Revista de gastroenterología de México. 2018; 83 (3): 346-347. DOI: 10.1016/j.rgmx.2017.12.006.