



CARTA AL DIRECTOR

Perforación gástrica por balón intragástrico en paciente con funduplicatura de Nissen. Respuesta del Grupo Español de Endoscopia Bariátrica



Gastric perforation by intragastric balloon in a patient with Nissen fundoplication. Response of the Spanish Bariatric Endoscopy Group

Sr. Director:

Hemos leído con mucho interés la carta científica publicada en su revista por el Dr. Ríos et al. titulada «Perforación gástrica por balón intragástrico en paciente con funduplicatura de Nissen»¹. Desde el Grupo Español de Endoscopia Bariátrica (GETTEMO) apoyamos y agradecemos que se documenten las incidencias detectadas con cada uno de los procedimientos. Sin duda, esta casuística multicéntrica favorece la evolución de la endoscopia bariátrica y nos permite disponer de unos tratamientos cada vez más eficaces y más seguros para recomendar a nuestros pacientes.

Sin embargo, en esta carta consideramos necesario aportar varios matices:

- Desde hace unos años existe numerosa bibliografía y evidencia para considerar el balón intragástrico como un procedimiento bien tolerado y seguro, con un bajo índice global de incidencias (2,5%) y de complicaciones mayores (0,84%), con una necesidad de reintervención quirúrgica excepcional (0,07%) y con mortalidad próxima al 0%^{2,3}. Estos porcentajes varían en función del tipo de balón, por lo que consideramos que los autores deberían matizar este aspecto (no es correcto hablar de «balón de Apollo o Medsil tipo Orbera»).
- Actualmente, en obesidad mórbida el tratamiento más eficaz a largo plazo es la cirugía. Sin embargo, en pacientes obesos mórbidos, el balón intragástrico también está indicado como terapia puente a la cirugía (especialmente en IMC > 50 kg/m²), o cuando el paciente rechaza la cirugía o existe contraindicación para la misma. Entre las contraindicaciones absolutas para balones intragástricos destaca la cirugía gástrica previa^{3,4}, como en este caso el Nissen, tal y como ya hace años que está documentado y remarcamos recientemente en el artículo que

publicamos el Grupo Español de Endoscopia Bariátrica en 2017 «*Multicenter study on the safety of bariatric endoscopy*»². Por tanto, coincidimos con los autores que el balón no debería haberse implantado por el antecedente de la cirugía de Nissen, pero no por el grado de obesidad del paciente.

- En este sentido, la cirugía tipo Nissen disminuye la elasticidad y la acomodación gástrica y aumenta la rigidez y la fibrosis fúndica. Cuando la funduplicatura es competente, disminuye la capacidad de vómito y eructo-aerofagia, lo que puede conllevar a una mayor incidencia de dilatación gástrica. Todo ello pudiendo incrementar el riesgo de isquemia y necrosis de la pared y perforación.
- No consideramos fundamentada la afirmación que «en nuestro caso el paciente no fue advertido del riesgo». La recomendación actual en endoscopia bariátrica es que el endoscopista advierta e informe siempre de este tipo de riesgo, quedando además reflejado por escrito mediante un documento de Consentimiento Informado específico^{3,4}.
- Sorprende que en la resolución de la complicación no se mencione la valoración del endoscopista responsable y aparezca un cirujano ginecológico como primer firmante. Quizás, pensamos, por resolverse quirúrgicamente en un centro distinto al de la implantación del balón. En este sentido, reafirmar que todo centro que realice endoscopia bariátrica, debe disponer de servicio de urgencias con endoscopista y cirujano especializados capaces de solventar eficaz y rápidamente cualquier complicación^{4,5}.
- Finalmente, sería interesante conocer si este caso atípico ha trascendido de lo puramente médico y existe algún tipo de reclamación legal o demanda judicial que pudiera involucrar a alguna de las partes implicadas.

Conflicto de intereses

El Dr. Espinet-Coll es colaborador de Apollo Endosurgery y el Dr. López-Nava es colaborador de Apollo Endosurgery y ReShape Medical, pero carecen de cualquier tipo de interés para esta carta.

Agradecimientos

Grupo Español de Trabajo para el Tratamiento Endoscópico del Metabolismo y la Obesidad (GETTEMO).

Bibliografía

1. Ríos A, Febrero B, Rodríguez JM. Perforación gástrica por balón intragástrico en paciente con funduplicatura de Nissen. *Gastroenterol Hepatol*. 2018;41:251–2.
2. Espinet E, Nebreda J, López-Nava G, Ducóns García J, Rodríguez-Téllez M, Crespo García J, et al. Multicenter study on the safety of bariatric endoscopy. *Rev Esp Enferm Dig*. 2017;109:350–7, <http://dx.doi.org/10.17235/reed.2017.4499/2016>
3. Neto MG, Silva LB, Grecco E, de Quadros LG, Teixeira A, Souza T, et al. Brazilian Intra-gastric Balloon Consensus Statement (BIBC): Practical guidelines based on experience of over 40,000 cases. *Surg Obes Relat Dis*. 2017;28, <http://dx.doi.org/10.1016/j.soard.2017.09.528>, pii: S1550-7289(17)30962-0.
4. Espinet-Coll E, López-Nava G, Nebreda J, Marra-López Valenciano C, Turró Arau R, Esteban López-Jamar JM, et al. Documento Español de Consenso en Endoscopia Bariátrica. *Rev Esp Enferm Dig*. 2018 (en prensa) DOI: 10.17235/reed.2018.4503/2016.
5. García Ruiz De Gordejuela A, Madrazo González Z, Casajoana Badia A, Muñoz-Campaña A, Cuesta-González FJ, Pujol-Gebelli J. Descripción de la asistencia en urgencias de pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en un centro de referencia. *Rev Esp Enferm Dig*. 2015;107:23–8.

Eduardo Espinet-Coll^{a,*}, Javier Nebreda-Durán^b, Gontrand López-Nava Breviere^c. Coordinadores del Grupo Español de Trabajo para el Tratamiento Endoscópico del Metabolismo y la Obesidad (GETTEMO)

^a *Unidad de Endoscopia Digestiva y Bariátrica, Hospital Universitario Dexeus, Barcelona, España*

^b *Unidad de Endoscopia Digestiva y Bariátrica, Clínica Diagonal, Esplugues de Llobregat, Barcelona, España*

^c *Unidad de Endoscopia Bariátrica, Hospital Universitario HM Sanchinarro, Madrid, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: eespinet@idexeus.es (E. Espinet-Coll).