

Nuevo balón intragástrico ingerible (Elipse®). ¿Café para todos? Posicionamiento de GETTEMO

Palabras clave: Elipse. Balón intragástrico. Balón ingerible.

Sr. Editor,

Recientemente, se ha incorporado el balón ingerible con evacuación espontánea de Elipse® (Allurion Technologies, Wellesley, Mass) (Fig. 1). Consiste en un balón del tamaño de una cápsula que se ingiere y, bajo control radiológico, se rellena externamente a través de un delgado catéter. Pasadas unas 16 semanas, el balón se degrada y se elimina por vía natural. Los primeros estudios observacionales refieren una adecuada eficacia y seguridad (1,2). En general, sus indicaciones y contraindicaciones se solapan con las descritas previamente con los demás balones (1-3). Su hecho diferencial es que, *a priori*, no requiere obligatoriamente endoscopia ni sedación/anestesia para la técnica de implantación ni extracción. Ello no excluye que para evitar la exposición a cualquier tipo de riesgo innecesario y descartar cualquier contraindicación, consideremos necesario disponer previamente de alguna técnica de imagen, radiológica o idealmente endoscópica, que pueda ofrecernos garantías de máxima seguridad.

Su implantación debe llevarse a cabo por médicos con amplio conocimiento gastrointestinal, experiencia previa en balones y conocimientos básicos en radiología. Cualquier complicación debe poder ser resuelta endoscópicamente de forma



Fig. 1. Balón Elipse® previo implante y desplegado.

rápida y eficaz. Por ello, resulta absolutamente razonable que sea implantado por un endoscopista bariátrico o, por lo menos, bajo su supervisión o responsabilidad. La posibilidad de desinflados incompletos con migración puede incrementar el riesgo de obstrucciones intestinales que, detectados tardíamente, pudieran requerir extracción quirúrgica (4).

En resumen, desde GETTEMO queremos posicionarnos defendiendo las innovaciones en el tratamiento endoscópico del paciente obeso, incluyendo este nuevo balón gástrico, siempre dentro de un protocolo adecuado y de una Unidad Multidisciplinar. Para garantizar la máxima seguridad y poder solventar eficazmente potenciales complicaciones, debe exigirse un estudio endoscópico previo, su implantación (o supervisión) por un endoscopista bariátrico y la disponibilidad de Servicio de Urgencia Endoscópica.

Conflictos de intereses: Los autores declaran no presentar ningún tipo de conflicto de interés para esta carta. Esta carta ha sido previamente aprobada por el Grupo Español de Trabajo para el Tratamiento Endoscópico del Metabolismo y la Obesidad (GETTEMO) de la SEED y la SEPD, por lo que se escribe representando la opinión de este Grupo.

Eduardo Espinet Coll^{1*}, Javier Nebreda Durán^{2*}
y Gontrand López-Nava Breviere^{3*}

¹Hospital Universitario Dexeus. Barcelona. ²Clínica Diagonal. Barcelona.

³Hospital Universitario HM Sanchinarro. Madrid. *Coordinadores de GETTEMO. Grupo Español de Endoscopia Bariátrica. SEED. SEPD

DOI: 10.17235/reed.2017.5214/2017

BIBLIOGRAFÍA

1. Machytka E, Gaur S, Chuttani R, et al. Elipse, the first procedureless gastric balloon for weight loss: a prospective, observational, open-label, multicenter study. *Endoscopy* 2017;49(2):154-160. DOI: 10.1055/s-0042-119296
2. Raftopoulos I, Giannakou A. The Elipse Balloon, a swallowable gastric balloon for weight loss not requiring sedation, anesthesia or endoscopy: a pilot study with 12-month outcomes. *Surg Obes Relat Dis* 2017;13(7):1174-1182. DOI: 10.1016/j.soard.2017.02.016
3. Genco A, López-Nava G, Wahlen C, et al. Multi-centre European experience with intragastric balloon in overweight populations: 13 years of experience. *Obes Surg* 2013;23(4):515-21. DOI: 10.1007/s11695-012-0829-3
4. Espinet Coll E, Nebreda J, López-Nava G, et al. Estudio multicéntrico de seguridad en el tratamiento endoscópico de la obesidad. *Rev Esp Enferm Dig* 2017;109(5):350-7. DOI: 10.17235/reed.2017.4499/2016