CIR ESP. 2015;93(Espec Congr):370

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-123 - LA FUNDUPLICATURA COMO POSIBLE SOLUCIÓN AL RECHAZO EN EL TRASPLANTADO PULMONAR

Domínguez Sánchez, Iván; Rodríguez Cuellar, Elías; de la Fuente Bartolomé, Marta Beatriz; Galán Martín, Mónica; Moreno Bargueiras, Alejandro; Díaz Pérez, David; Vieiro Medina, María Victoria; de la Cruz Vigo, Felipe

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: La supervivencia media en el paciente trasplantado pulmonar es de 5 años en el trasplante único, en torno a 5.9 años en el bipulmonar. Entre las causas de mortalidad el síndrome bronquiolitis obliterante (SBO) supone alrededor del 40% de los casos en el primer año postransplante, con una incidencia en los 5 primeros años que se aproxima al 50%. En el desarrollo del SBO, la microaspiración secundaria a la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) parece ser la principal causa. La ERGE en el trasplantado pulmonar parece relacionarse con la lesión del nervio vago durante la transección, por lesión directa o electrocoagulación por contigüidad, alterándose como consecuencia el vaciado gástrico y la motilidad esofágica distal. El tratamiento con Inhibidores de la bomba de protones puede reducir la secreción ácida gástrica, pero no soluciona la microaspiración de sales biliares causada en la ERGE que se ha identificado en distintas series como el principal factor de desarrollo del SBO. La funduplicatura, como técnica antirreflujo, parece disminuir la incidencia de SOB si se realiza con anterioridad al trasplante o en los primeros meses postransplante. El resultado de la técnica en pacientes que ya han desarrollado SOB, más allá de la mejoría sintomática, no ha demostrado los mismos efectos positivos. Se presentan dos casos intervenidos en nuestro servicio, realizándose una revisión de la literatura.

Casos clínicos: Varón, 63 años, trasplante unipulmonar en 06/2009. Diagnóstico pretransplante de ERGE. Presenta rechazo en 5º mes postransplante tratado médicamente. Diagnóstico en 3º año postoperatorio de SOB lentamente progresivo, con hallazgo de REG patológico con hernia de hiato por deslizamiento en los estudios complementarios (manometría, pHmetría y tránsito EGD). Se realiza en 05/2012 funduplicatura tipo Nissen laparoscópica. El paciente fallece 5 meses después por progresión del SOB. Mujer, 41 años, trasplante bipulmonar en 04/2009. En 2º año postoperatorio presenta clínica de RGE y cólicos biliares de repetición. Diagnóstico de colelitiasis y RGE patológico con hernia de hiato por deslizamiento. Se realiza en 01/2015 funduplicatura tipo Nissen y colecistectomía laparoscópicos. La paciente presenta mejoría clínica, con resolución de la ERGE. No evidencia de SOB, ni rechazo del injerto, en el momento actual. Las distintas series recomiendan un correcto estudio pretransplante de la presencia de RGE, pudiendo plantearse una funduplicatura previa al trasplante en aquellos pacientes que lo presenten. Una vez realizado el trasplante, el estudio complementario de la función esofagogástrica facilita un diagnóstico precoz de la ERGE facilitando la realización de la funduplicatura de forma temprana. En nuestra casuística, la técnica antirreflujo supuso una resolución de la sintomatología, sin demostración del claro beneficio

de la técnica sobre el desarrollo del SBO.

Discusión: Habiéndose demostrado que el reflujo biliar supone una de las principales causas de rechazo del injerto pulmonar en los pacientes que asocian ERGE, el diagnóstico y manejo temprano en los candidatos a trasplante pulmonar puede suponer una herramienta terapéutica para evitar el SOB.

See front matter © 2015. Asociación Española de Cirugía. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados