CIR ESP. 2019;97(Espec Congr 2):18

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

VC-005 - GASTROPLASTIA DE COLLIS-NISSEN LAPAROSCÓPICO: ¿ES EL TRATAMIENTO INDICADO EN EL ESÓFAGO CORTO?

Moreno Hidalgo, Ana; Monturiol, José María; Steiner, Miguel Ángel; Tudela, María; de Tomas, Jorge; Iparraguirre, Miguel Ángel; Orue-Echebarria, Maitane Igone

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Introducción: El esófago corto es una patología poco frecuente (2-4%) relacionada con hernias hiatales de gran tamaño y ERGE evolucionada. Siendo esta la base fundamental del acortamiento esofágico, la cicatrización producida por RGE de larga evolución induce a la tracción de la UGE y herniación gástrica. El objetivo de este caso es presentar el manejo quirúrgico del esófago corto asociado a hernia hiatal y ERGE por vía laparoscópica.

Caso clínico: Se presenta el caso de un varón de 70 años con antecedentes de retraso mental grave derivado a la Consulta de Cirugía Digestiva de nuestro centro por tos seca de meses de evolución asociado a náuseas, vómitos esporádicos y pérdida de peso. En estudio de síntomas atípicos de ERGE se solicita endoscopia oral (EDA) donde se identifica hernia de hiato por deslizamiento y esofagitis grado D, ecografía abdominal con evidencia de colelitiasis y tránsito esofagogastroduodenal informado como RGE y hernia hiatal por deslizamiento. Debido a la persistencia de síntomas a pesar de tratamiento médico se decide Intervención quirúrgica programada. Intraoperatoriamente se evidencia hernia de hiato por deslizamiento de moderado tamaño y unión GE intratorácica a 5 cm del diafragma; a pesar de haber realizado una disección completa de esófago hasta las venas pulmonares. Se lleva a cabo la disección completa de la unión GE, identificación y medialización de troncos vagales y tunelización gástrica a nivel de curvatura menor. Posterior sección del fundus gástrico con endograpadora lineal carga morada 60 mm (4 cargas); previo calibrado gástrico con sonda 40 Fr. Cierre de pilares, y funduplicatura Nissen. Posterior colecistectomía según técnica convencional. El tiempo quirúrgico requerido fue de 140 minutos con la utilización de 3 trócares de 11 mm y 3 trócares de 5 mm. La profilaxis antibiótica fue Augmentine 2 g iv. Se dejaron 2 drenajes tipo Jakson-Pratt en lecho de colecistectomía y sobre la funduplicatura. Se procedió al cierre de la fascia de todos los trócares de 11 mm. Evolución postoperatoria favorable, con buena tolerancia a líquidos al 2º día y alta hospitalaria el 3er día. En consecutivas revisiones, adecuada tolerancia a sólidos sin clínica de disfagia ni ERGE.

Discusión: La gastroplastia Collis-Nissen es una opción terapéutica en casos de esófago corto, en los cuales no es posible abdominalizar la unión GE; obteniendo una funduplicatura intrabdominal con mejores resultados anatómicos y clínicos. Únicamente, un 20% de los esófagos cortos serán diagnosticados preoperatoriamente, por lo que el diagnóstico definitivo y la decisión terapéutica será intraoperatoria. En nuestra experiencia, creemos que es una técnica factible, eficaz y con baja

tasa de complicaciones para resolver el esófago corto como hallazgo intraoperatorio.

0009-739X © 2019 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados