



P-148 - COMPLICACIONES TRAS CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA ANTIRREFLUJO Y DE LA HERNIA HIATAL: ¿CUÁLES SON Y CÓMO DEBEN MANEJARSE?

Mogollón González, Mónica; Palomo, Irina; Triguero Cabrera, Jennifer; Moya, Miguel Ángel; Montes Osuna, María del Carmen; Espadas Padial, Benjamín; Álvarez Martín, María Jesús; Villar del Moral, Jesús María

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Objetivos: Nuestro objetivo fue analizar las complicaciones intra y postoperatorias tras cirugía antirreflujo y de la hernia hiatal (HH); y evaluar el correcto manejo de las mismas.

Métodos: Estudio descriptivo y unicéntrico, sobre una cohorte de 192 pacientes sometidos a cirugía laparoscópica antirreflujo o de reparación de HH, entre enero de 2014 y diciembre de 2017. Se excluyeron las intervenciones realizadas de forma urgente y por recidiva. Las variables cuantitativas fueron expresadas con su mediana y rango intercuartílico, las cualitativas por porcentajes. El seguimiento mínimo fue de 18 meses.

Resultados: 174 pacientes fueron incluidos en el estudio: 94 mujeres (54%) y 80 varones (46%); con una edad e IMC mediano de 56 (45,75-66) años y 27,84 kg/m² (25-31) respectivamente. 36 pacientes (21,2%) eran ASA III y 2 ASA IV. 21 pacientes (12,1%) referían disfagia y 2 atragantamientos. 10 pacientes habían presentado episodios de volvulación y en 8 se detectó un anillo de Schatzki. En cuanto al tipo de hernia: 130 pacientes (76,9%) presentaron una HH tipo I (axial); 12 tipo II (paraesofágica); 12 tipo III (mixta) y 9 pacientes tipo IV. La manometría mostró alteraciones en 53 pacientes (30,6%). El tamaño del defecto hiatal fue: 4 cm en 68 casos (51,1%); 4-8 cm en 30 (22,6%) y > 8 en 31 (23,3%). Se realizó funduplicatura de Nissen en 170 pacientes y Toupet en 4, asociando malla hiatal en 33 casos (20,2%). Se usó sonda de Foucher para calibración en 54 pacientes (31%) y drenaje transhiatal en 25 casos (14,4%). Las principales complicaciones postoperatorias fueron: sangrado esplénico en 7 pacientes, apertura pleural en 3 y perforación de esófago en 1 caso; 2 pacientes precisaron conversión a laparotomía, ambos por sangrado importante. Las complicaciones postoperatorias según Dindo-Clavien fueron: tipo I en 169 pacientes (97,1%); tipo II en 3 y tipo III en 2 casos. Apareció disfagia postoperatoria en 60 casos (34,5%); siendo en 5 grave y prolongada. Hubo recidiva clínica de reflujo gastroesofágico (RGE) en 20 casos (11,5%) y radiológica en 26 (14,9%); 7 pacientes precisaron cirugía de revisión. Se detectó estenosis postoperatoria clínica y radiológica en 11 pacientes: 2 precisaron dilatación endoscópica, 1 colocación de endoprótesis y 1 paciente cirugía de revisión (*bypass* gástrico en Y de Roux). La estancia hospitalaria mediana fue de 3 días (2-4). Actualmente, 12 pacientes presentan recidiva del RGE controlada con tratamiento médico; y 17 persistencia de disfagia leve controlada con medidas conservadoras.

Conclusiones: El abordaje laparoscópico para la cirugía antirreflujo y de HH constituye el tratamiento estándar para pacientes con clínica de RGE refractaria a tratamiento médico o sintomatología asociada a la HH. Sin embargo, esta cirugía no está exenta de complicaciones que todo cirujano debe conocer para realizar

un correcto manejo y evitar un fatal desenlace. En nuestra serie se demuestra que este tipo de cirugía es un método eficiente para el control de los síntomas de RGE con un mínimo porcentaje de recidiva y persistencia de los síntomas. Además, ha demostrado ser una técnica segura, con un bajo índice de morbilidad y mortalidad. Como opción de mejora, planteamos el uso sistemático de cuestionarios de calidad de vida para afianzar aún más nuestros resultados.