



V-102 - CIRUGÍA DE REVISIÓN LAPAROSCÓPICA EN PACIENTE CON DISFAGIA TRAS CIRUGÍA DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO Y HERNIA DE HIATO GIGANTE

Santarrufina Martínez, Sandra; Payá Llorente, Carmen; Sebastián Tomás, Juan Carlos; González Guardiola, Paula; Navarro Martínez, Sergio; Peris Tomás, Nuria; Martínez Mas, Ezequiel; Trullenque Juan, Ramón

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia.

Resumen

Introducción: En el seguimiento tras cirugía antirreflujo se describe una tasa de fallo entre un 10-20%. Los pacientes presentan disfagia derivada de problemas mecánicos tras la funduplicatura y/o recurrencia de su sintomatología de reflujo. El fallo técnico más frecuente es la migración proximal de la funduplicatura. Si se ha empleado malla, la incidencia de complicaciones publicadas es del 2% pero éstas son graves como erosiones y fibrosis. Las tasas de reintervención oscilan entre el 3-6%. La reintervención por vía laparoscópica es una cirugía compleja que representa un reto quirúrgico y requiere de cirujanos expertos para obtener buenos resultados.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 77 años con historia de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y hernia de hiato de gran tamaño intervenido en el año 2012 en otro centro efectuándose una funduplicatura tipo Nissen y cierre de pilares con malla de inicio laparoscópico y con conversión por problemas técnicos. A los 3 meses de la cirugía inicia cuadro de disfagia mixta, principalmente a sólidos y pérdida ponderal. En el tránsito esofagogastrroduodenal baritado (TEGD) se objetiva estasis esofágico pero con paso aceptable de contraste a estómago. La manometría es normal y en la pHmetría de 24 horas se registra una ERGE moderada. Se realizaron dos dilataciones endoscópicas con mejoría parcial y temporal de la disfagia. Sin embargo, el paciente continúa perdiendo peso, sólo tolera líquidos y nutrición enteral, presenta regurgitaciones frecuentes y dos ingresos por impactación alimentaria que precisaron extracción endoscópica. Se solicita un nuevo TEGD y endoscopia observando una estenosis yuxtagacial que en la manometría se comporta como una pseudoacalasia con ERGE grave (DeMeester de 38,9). Se reintervino por laparoscopia y se observó múltiples adherencias e importante fibrosis. Se abordó el hiato liberando el lóbulo hepático izquierdo de la unión esofagogastrica hasta llegar al diafragma, intentando identificar alguna estructura que orientara la anatomía de la zona. La referencia de más ayuda fue el pilar derecho, cuya disección facilitó la identificación del reborde del hiato. El paciente presentaba una estenosis hiatal con malla irreabsorbible en forma de "plug" que se reseca parcialmente. Con la apertura hiatal sobre el cruce de pilares en cara anterior emergió material blanquecino abundante por lo que se realizó endoscopia intraoperatoria que descartó la existencia de perforación esofágica y confirmó la resolución de la estenosis. La funduplicatura Nissen estaba telescopada pero íntegra y holgada. La evolución postoperatoria fue satisfactoria. Tolerancia oral al 2º día y alta al 5º día sin incidencias.

Discusión: A pesar de que la cirugía previa se ha considerado como una contraindicación relativa al abordaje laparoscópico, la mejor visualización y detallada disección del hiato favorece que las complicaciones

quirúrgicas sean menores, manteniendo las ventajas de un abordaje mínimamente invasivo con una evolución inmediata similar a las intervenciones laparoscópicas convencionales. Además, el efecto del neumoperitoneo facilita la disección de los planos. Es importante no disecar de forma directa el área esofagogástrica operada hasta tener referencias anatómicas claras. Este tipo de intervención compleja requiere de cirujanos expertos para obtener buenos resultados.