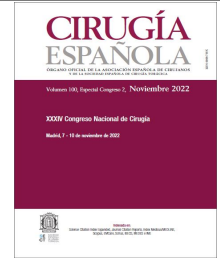




# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## V-198 - REDO POR MIGRACIÓN INTRATORÁCICA SINTOMÁTICA DE FUNDOPLICATURA. REPOSICIONAMIENTO VALVULAR Y REPARACIÓN CRURAL REFORZADA

Jara Quezada, Jimmy; Escartín Arias, Alfredo; Muriel Álvarez, Pablo; Vela Polanco, Fulthon; Salvador Roses, Helena; Gómez Báez, Ferney David; Codina Corrons, Laia; Olsina Soler, Jorge Juan

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

### Resumen

**Objetivos:** Presentamos el caso de una Redo sintomático por migración precoz sintomática de una funduplicatura. La migración intratorácica de la funduplicatura es una de las causas más frecuentes de fracaso tras la cirugía antirreflujo.

**Caso clínico:** Se trata de una paciente de mujer 57 años con clínica de 22 años de RGE en tratamiento con IBP que el último año no se controla con tratamiento médico. En la Gastroscoopia observan una Hernia de Hiato de moderado tamaño. En TEGD se evidencia reflujo gastroesofágico y hernia de hiato por deslizamiento con parte del fundus gástrico situado en el tórax. TAC: gran hernia de Hiato. La manometría es normal y la pHmetría: Reflujo leve moderado. Se realiza inicialmente Funduplicatura tipo Nissen Robótico, alta al segundo día sin incidencias. En el control a los 3 meses esta asintomática, pero se le realiza un TEGD evidenciando una gran hernia de Hiato con fundus y cuerpo gástrico situados en el tórax. Antro y duodeno situado en el abdomen. No se observa reflujo gastroesofágico. A los 5 meses refiere clínica de vómitos que se van haciendo cada vez más frecuentes. Se realiza redo robótico (da Vinci Xi) por migración con síntomas oclusivos. Se realiza reducción completa de la funduplicatura con posterior fijación de la misma al hiato esofágico. Posoperatorio sin complicaciones con TAC de control no evidenciando recidiva de hernia, no clínica oclusiva, ni reflujo, ni estenosis. Al seguimiento a los 6 meses se encuentra asintomática.

**Discusión:** Las reintervenciones de cirugía antirreflujo a largo plazo se acercan al 3%, tal y como se publica en las series más amplias recogidas en la bibliografía. La migración intratorácica de la funduplicatura que condiciona un desenlace clínico persistente es la causa más frecuente (27,9%) de reintervención en el posoperatorio tardío de cirugía antirreflujo. En orden descendente de frecuencia se describen: disrupción de la funduplicatura (22,7%), *telescoping* (14,1%), hernia paraesofágica (6,1%), disrupción de hiato (5,3%), funduplicatura apretada (5,3%) y estenosis (1,9%). En la migración intratorácica de la funduplicatura, cuando el paciente desarrolla síntomas relacionados con el volumen de la hernia intramediastínica, la única opción es la reintervención. Dichas reconstrucciones son complejas y requieren un enfoque exhaustivo y minucioso de los posibles mecanismos subyacentes que causan la migración intratorácica, como por ejemplo la longitud del esófago y la cruroplastia. En este caso presentamos la fijación de la funduplicatura al hiato como recurso a este tipo de cirugías, ya que la paciente el mecanismo antirreflujo funcionaba correctamente.