



## P-638 - COMPLICACIÓN INFRECUENTE Y POTENCIALMENTE MORTAL DE UN PROCEDIMIENTO HABITUAL: NECROSIS DE LA FUNDOPLICATURA DE NISSEN

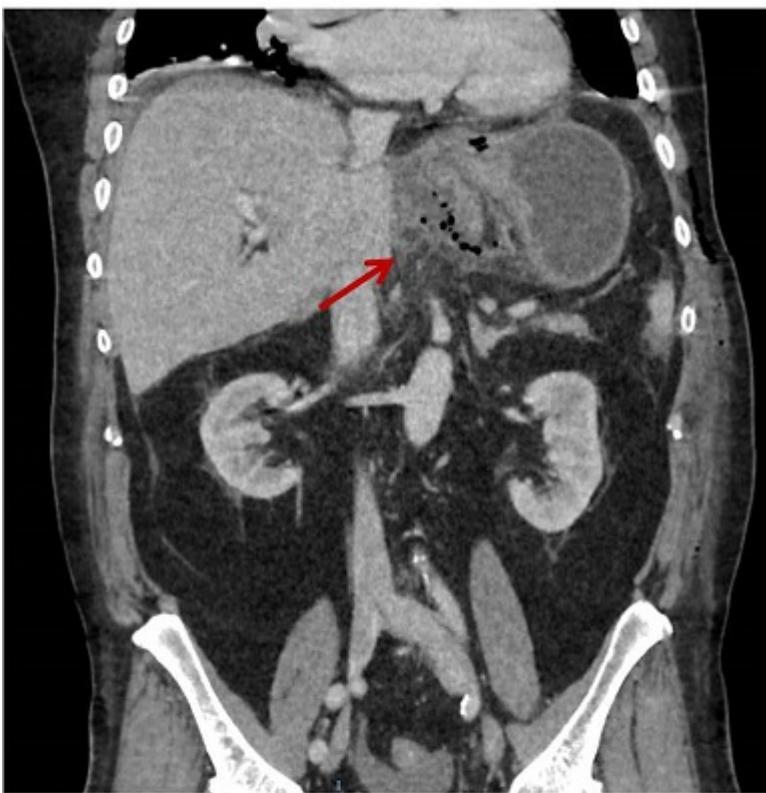
*Robayo Soto, Paul Sebastián; Domingo Ajenjo, María Teresa; López Saro, Sara María; Sedano Vizcaino, Cristina; Beteta Fernández, José Aníbal; Gallardo Ortega, Andrés*

*Hospital la Inmaculada del Servicio Andaluz de Salud, Huercal Overa.*

### Resumen

**Introducción:** La fundoplicatura laparoscópica tipo Nissen se considera de elección para el tratamiento de la enfermedad por reflujo esofagogástrica. La fundoplicatura completa fue descrita por Nissen en 1956. Dado que la técnica original producía importantes tasas de disfagia persistente, ha sufrido una serie de modificaciones a lo largo del tiempo. Los vasos cortos se seccionan sistemáticamente para permitir la realización de una válvula sin tensión (floppy Nissen). Con el fin de evitar la recidiva, se debe asegurar un cierre adecuado de los pilares diafragmáticos del hiato esofágico y un buen ajuste de la fundoplicatura. En una serie multicéntrica del American College of Surgeons con 7531 pacientes operados entre 2005 y 2009 el tratamiento quirúrgico del reflujo gastroesofágico presentó una morbilidad 3,8% y mortalidad 0,19%.

**Caso clínico:** Varón de 61 años con antecedentes de HTA y síndrome depresivo. Tratado en centro privado por enfermedad por reflujo gastroesofágico con fundoplicatura de Nissen y Hernioplastia de Hiato con Malla de titanio por laparoscopia, alta al tercer día posquirúrgico. Acude a urgencias de nuestro hospital por cuadro de disfagia severa, dolor abdominal generalizado y dificultad respiratoria. A la exploración física presenta deterioro del estado general, abdomen distendido con dolor y defensa generalizada a la palpación. Analítica sanguínea con leucopenia y PCR 436 mg/dl ácido láctico 3,6 mg/dl. TAC de abdomen: líquido perihepático, dilatación gástrica con contenido líquido, burbujas de gas extraluminal múltiples intraperitoneales que se localizan junto a la zona de la funduplicatura, cambios inflamatorios difusos en la grasa abdominal superior. Ante la condición clínica del paciente se decide realizar laparoscopia exploratoria urgente, presentando hallazgo intraoperatorio de perforación y necrosis del fundus gástrico que forma parte de la plicatura que está a tensión (estrangulada), necrosis de la curvatura mayor gástrica. Se desmonta fundoplicatura y tras valorar las zonas del estómago afectas por necrosis (fundus y parte de curvatura mayor), son resecadas con endoGIA. Se coloca drenaje y se conserva *in situ* hernioplastia de hiato. Tras estancia en cuidados intensivos es trasladado a planta de cirugía en donde presenta como complicación fistula gástrica que se resuelve de forma conservadora manteniendo drenaje quirúrgico y además presenta colección subdiafragmática derecha que se trató con drenaje percutáneo. La evolución posoperatoria es favorable reiniciando la ingesta y siendo dado de alta a los 30 días posquirúrgicos.



TAC abdominal: burbujas de gas extraluminal que se localizan junto a la funduplicatura (flecha)



Necrosis y perforación de la funduplicatura



Estómago tras resección con Endogia y preservación de malla de titanio in situ

**Discusión:** Dentro de las complicaciones tempranas de la funduplicatura, la estrangulación herniaria es infrecuente y potencialmente mortal, con su riesgo de necrosis gástrica isquémica. En caso de disfagia severa posoperatoria se debe reintervenir urgentemente. El tratamiento quirúrgico consiste en desmontar la funduplicatura y evaluar la vitalidad de la pared gástrica. Si el estómago no presenta necrosis la intervención se limita al tratamiento de la hernia hiatal. En caso de isquemia o perforación gástrica, debe considerarse la posibilidad de una gastrectomía total o polar superior. En nuestro caso optamos por resección limitada a las zonas de necrosis dada la situación mórbida del paciente ya que un mayor gesto quirúrgico hubiese aumentado el riesgo de mortalidad.