



# CIRUGÍA ESPAÑOLA

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



## Carta científica

### Prolapso gastroesofágico intermitente después de una funduplicatura de Nissen tratada con gastropexia de Hill

### Intermittent gastroesophageal prolapse after a Nissen funduplication treated with Hill gastropexy



La intususcepción es una causa infrecuente de obstrucción intestinal. Puede ser anterógrada, en la que un segmento intestinal se invagina en un segmento distal, o retrógrada, en la que el segmento distal se introduce en un segmento proximal. Las localizaciones más frecuentes son intestino delgado y colon; es excepcional la invaginación del estómago en la luz del esófago distal, con pocos casos publicados en la literatura científica.

Se presenta el caso de un varón de 75 años, con antecedentes de arteriopatía periférica, úlcera gástrica y cirugía laparoscópica de hernia de hiato y reflujo gastroesofágico (RGE) con posterior reintervención (funduplicatura Nissen) hace 10 años. Refería que, desde hace 2 meses, presentaba episodios autolimitados y recurrentes de disfagia para sólidos y líquidos que le causaban molestias retroesternales, náuseas y algún vómito esporádico, sin sangrado digestivo ni pérdida de peso. Tomaba inhibidores de la bomba de protones a demanda y negaba RGE.

La exploración física fue normal, con un índice de masa corporal 25,5 kg/m<sup>2</sup> y heridas de laparoscopias previas bien consolidadas. El paciente rechazó una manometría-pHmetría esofágica por mala experiencia anterior. Al haber transcurrido muchos años sin síntomas de RGE y referir como síntoma

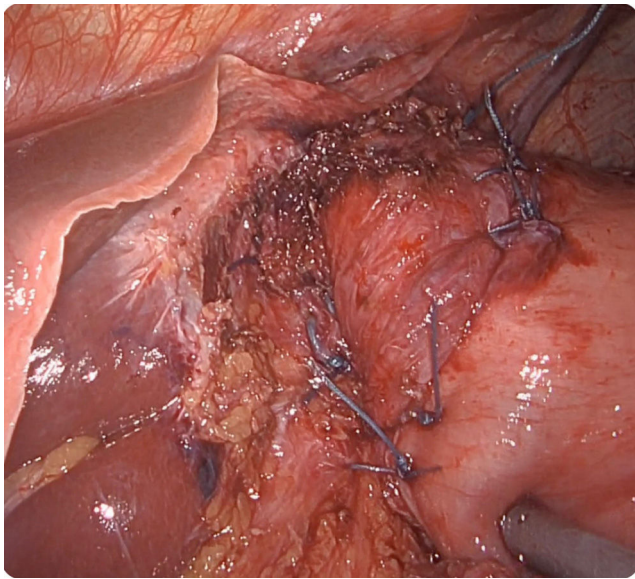
dominante la disfagia, se realizó directamente una gastroscopia sin estudio baritado previo. En la endoscopia digestiva alta no se apreciaba ninguna masa, con la mucosa, la motilidad y la morfología esofágicas normales en los tercios proximal y medio. A nivel de esófago distal, se observaba prolapso gástrico a través de la funduplicatura competente (fig. 1), que aparecía y desaparecía con la peristalsis sin impedir el paso del endoscopio al estómago, que mostraba un aspecto normal. En la tomografía computarizada se apreciaban cambios posquirúrgicos de la funduplicatura, sin otros cambios significativos.

Ante la persistencia de la clínica a pesar del tratamiento médico, se decidió intervención quirúrgica por vía laparoscópica. Se apreciaron intensas adherencias, un defecto hiatal de 3 cm sin herniación a mediastino de la funduplicatura y una separación parcial de los extremos (1 cm), 4 puntos irreabsorbibles de fijación del lado derecho de la plicatura al pilar diafragmático derecho y 2 puntos de fijación del lado izquierdo al diafragma. Se reforzó la funduplicatura, se liberó el lado derecho y se efectuó una gastropexia de Hill para fijar el cuerpo proximal gástrico a la fascia preaórtica (fig. 2).

El paciente fue dado de alta a las 24 horas de ingreso, con buen estado general y tolerancia oral. Después de 3 meses de



Figura 1 – Endoscopia digestiva alta en la que se aprecia prolapso de la mucosa gástrica en el esófago distal.



**Figura 2 – Imagen laparoscópica del refuerzo de la funduplicatura tipo Nissen y la gastropexia de Hill.**

seguimiento, el paciente se encontraba asintomático, sin nuevos episodios de disfagia y con buena tolerancia oral.

En 1983, Sugawa *et al.* observaron intususcepción gástrica en el 10% de las gastroscopias realizadas a pacientes con hemorragia digestiva alta<sup>1</sup>. En el mismo año, Besson *et al.* describieron la cardiogastropatía postemética, en la que el prolapso gastroesofágico, el síndrome de Mallory-Weiss y la perforación esofágica espontánea (síndrome de Boerhaave) son estados progresivos resultado de una misma disfunción producida por un súbito y mantenido aumento de la contracción de la musculatura de la pared abdominal acompañada de una peristalsis gástrica retrógrada<sup>2</sup>.

En la serie más amplia publicada de intususcepción gastroesofágica, con 43 pacientes, Gowen *et al.* identificaron los siguientes factores de riesgo: trastornos alimenticios, alcoholismo, obstrucciones duodenales congénitas (bandas de Ladd, malrotación intestinal o síndrome de la arteria mesentérica superior), esfuerzo físico, enfermedad ulcerosa gastroduodenal, esofagitis e hiperemesis gravídica<sup>2</sup>.

También se ha descrito intususcepción gástrica en pacientes con acalasia tratados con una cardiomiectomía de Heller<sup>3,4</sup> o una miotomía peroral endoscópica<sup>5,6</sup>. Otros factores patogénicos descritos son hernia de hiato<sup>7</sup>, relajación anormal del esfínter esofágico inferior<sup>3</sup> y una débil fijación del estómago a otros órganos por la presencia de ligamentos laxos y redundantes<sup>8,9</sup>. Sin embargo, solo existe un caso descrito de intususcepción después de una funduplicatura de tipo Nissen en un paciente pediátrico<sup>9</sup>. En nuestro caso, los únicos factores potencialmente relacionados con la invaginación gástrica retrógrada han sido la enfermedad péptica gastroduodenal y una excesiva fijación del lado derecho de la plicatura al pilar derecho.

La incidencia por sexos es similar, aunque en mujeres se ha observado a mayor edad y con mayor índice de masa corporal. La presentación clínica más común es dolor epigástrico, disfagia, incluso hemorragia digestiva alta, que pueden ir

precedidas de náuseas o vómitos previos<sup>7,9</sup>. En ocasiones, se confunde con un cuadro coronario isquémico<sup>2</sup>. La técnica diagnóstica habitual es la endoscopia digestiva alta. En nuestro caso, la clínica fue leve, pero con episodios recurrentes. Al no referir clínica de RGE y apreciarse en la endoscopia una funduplicatura competente, no se insistió en la manometría y la pHmetría esofágica que el paciente rechazaba.

El tratamiento es controvertido. En pacientes oligosintomáticos en fase inicial, se puede optar por un tratamiento conservador, modificando hábitos de vida, pérdida de peso, inhibidores de la bomba de protones y procinéticos<sup>2,10</sup>. En ocasiones, se ha logrado una resolución endoscópica<sup>10</sup>. Cuando no hay respuesta al tratamiento médico o existen complicaciones agudas, se hará cirugía. Aunque se han descrito abordajes por toracotomía<sup>7</sup>, lo más habitual es por vía laparoscópica. En este caso se consideró adecuado reducir la excesiva fijación al pilar derecho, cerrar el hiato y fijar el cuerpo gástrico con una gastropexia de Hill. Aunque es una técnica en desuso, en la actualidad se emplea fundamentalmente en pacientes con RGE tras una gastrectomía vertical o un *bypass* gástrico y en pacientes pediátricos con vólvulo gástrico. En nuestro caso ha sido una opción válida con un resultado inicial favorable: el paciente sigue asintomático después de 3 meses de seguimiento.

## Conflicto de intereses

Ninguno.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sugawa C, Benishek D, Walt AJ. Mallory Weiss syndrome. *Am J Surg.* 1983;145:30–3. [http://dx.doi.org/10.1016/0002-9610\(83\)90162-9](http://dx.doi.org/10.1016/0002-9610(83)90162-9).
2. Gowen GF, Stoldt HS, Rosato FE. Five risk factors identify patients with gastroesophageal intussusception. *Arch Surg.* 1999;134:1394–7. <http://dx.doi.org/10.1001/archsurg.134.12.1394>.
3. Kumar I, Chauhan RS, Verma A. Retrograde gastroesophageal intussusception: An exceedingly rare complication of Heller myotomy in a patient with achalasia cardia. *Turk J Gastroenterol.* 2017;28:316–8. <http://dx.doi.org/10.5152/tjg.2017.17057>.
4. Ujiki MB, Hirano I, Blum MG. Retrograde gastric intussusception after myotomy for achalasia. *Ann Thorac Surg.* 2006;81:1134–6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.athoracsurg.2005.02.093>.
5. Khan S, Su S, Jiang K, Wang BM. Retrograde gastroesophageal intussusception after peroral endoscopic myotomy in a patient with achalasia cardia. *Medicine (Baltimore).* 2018;97:e9609. <http://dx.doi.org/10.1097/MD.0000000000009609>.
6. Zhang J, Guan Z, Zhang P. Oesophagogastric invagination. *Ann R Coll Surg Engl.* 2017;99:e202–3. <http://dx.doi.org/10.1308/rcsann.2017.0006>.
7. Lukish JR, Eichelberger MR, Henry L, Mohan P, Markle B. Gastroesophageal intussusception: A new cause of acute esophageal obstruction in children. *J Pediatr Surg.* 2004;39:1125–7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2004.03.073>.

8. Thomas E, Khatak KG. Hemorrhage due to retrograde prolapse of stomach. An endoscopic diagnosis. *Am J Gastroenterol*. 1979;71:477-80.
9. Post PJ, Robben SG, Meradji M. Gastro-oesophageal intussusception after Nissen-fundoplication. *Pediatr Radiol*. 1990;20:282. <http://dx.doi.org/10.1007/BF02019667>.
10. Hwang GH, Kim JH, Lee KH, Kim GR, Ku YJ, Jeon YS, et al. Acute gastroesophageal intussusception in a patient with pneumomediastinum, pneumoperitoneum and extensive subcutaneous emphysema resulting from iatrogenic colonic perforation. *J Thorac Dis*. 2018;10:E347-50. <http://dx.doi.org/10.21037/jtd.2018.04.77>.

Camilo José Castellón Pavón<sup>a,\*</sup>,  
Alejandro García Muñoz-Najar<sup>a</sup>,  
Flor María Fernández Gordon Sánchez<sup>b</sup>,  
Silvia Sánchez Infante Carriches<sup>a</sup> y Manuel Durán Poveda<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid, España

<sup>b</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [camiloj.castellon@quironsalud.es](mailto:camiloj.castellon@quironsalud.es)  
(C.J. Castellón Pavón).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2024.05.007>  
0009-739X/

© 2024 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. All rights are reserved, including those for text y data mining, AI training, y similar technologies.