



Tratamiento Laparoscópico de Cirugía Antirreflujo Fallida

RESTREPO H., MD, SCC; HOYOS S.I., MD, SCC.

Palabras clave: Reflujo gastroesofágico, Cirugía antirreflujo fallida, vía laparoscópica.

Se presenta la experiencia en 20 pacientes tratados en la ciudad de Medellín, en quienes se practicó reintervención por vía laparoscópica, de cirugía previa a ntirreflujo fallida; 14 habían sido operados por vía laparoscópica y 6 por vía abierta. En 17 pacientes se logró completar el procedimiento por la vía laparoscópica, y en 3 se requirió la conversión a cirugía abierta.

En el 80% de los casos se obtuvo excelente resultado. En conclusión, la cirugía de reintervención por vía laparoscópica es una alternativa viable en nuestro medio para el tratamiento de los pacientes con fallas en procedimientos previos, pero requiere de un excelente adiestramiento en cirugía laparoscópica avanzada y en el conocimiento de la fisiología y anatomía relacionadas con el reflujo gastroesofágico patológico.

INTRODUCCIÓN

La cirugía para el reflujo gastroesofágico patológico presenta al igual que las demás intervenciones quirúrgicas un porcentaje por falla en cirugía laparoscópica de 3.4% a 10% cuando se evalúan resultados a 3 y 4 años (1,2).

El éxito de este procedimiento quirúrgico que ya superó la curva de aprendizaje en la mayoría de los grupos, razón inicial a la cual se atribuían las fallas, está ligado a una adecuada evaluación preoperatoria que permita definir lo apropiado del procedimiento y el tipo de intervención que conviene realizar.

El incremento en el número de procedimientos por el uso extendido de la laparoscopia, la adquisición de un mejor conocimiento anatómico y de destrezas quirúrgicas ha permitido enfrentar procedimientos como la reintervención de la cirugía fallida para el reflujo.

*Doctores, **Hernán Restrepo Restrepo**, Ciruj. Del Hosp. Pablo Tobón Uribe, Jefe de Posgrado de la Univ. Pontificia Bolivariana; **Sergio Iván Hoyos Duque**, Prof. de Cir. de la Univ. de Antioquia y de la UPB, Ciruj. del HPTU, Medellín, Colombia.*

Se considera no satisfactoria la cirugía antirreflujo por aparición de efectos adversos incapacitantes como disfagia, dolor abdominal intenso, meteorismo, saciedad temprana, diarrea y náuseas, por la recurrencia de los síntomas de reflujo.

Sólo un pequeño porcentaje de pacientes requiere de reintervención por recurrencia de los síntomas y son estos precisamente los que presentan complicaciones como esofagitis erosiva, úlcera esofágica y estenosis sin respuesta adecuada al tratamiento médico.

Se presenta una serie de pacientes que ameritaron reintervención por cirugía antirreflujo previa y se destaca su enfoque de manejo y su evolución.

PACIENTES Y MÉTODOS

En un período comprendido entre julio 1996 y diciembre de 1999, se llevó a cabo la reintervención de 20 pacientes con cirugía antirreflujo fallida, 12 mujeres y 8 hombres, con una edad promedio de 50 años (32-73). 10 pacientes intervenidos previamente por nuestro grupo y 10 en centros diferentes. El tiempo promedio transcurrido desde la cirugía previa fue de 28 meses (9 días a 15 años).

Todos los pacientes tenían estudios para la reintervención. Endoscopia 19/20, manometría 12/20, monitoreo de pH 7/20, estudio baritado 20/20.

En todas las endoscopias previas a la reintervención se documentó esofagitis grados II y III o estenosis esofágica.

Catorce pacientes habían sido intervenidos previamente por laparoscopia y 6 por vía abierta (14 Nissen laparoscópicos, 3 Hill Larrain abiertos y 3 Nissen abiertos).

Las reintervenciones fueron motivadas por síntomas de reflujo en 15 pacientes y disfagia en los otros 5. En 17 pacientes se logró completar el procedimiento por vía laparoscópica y en 3 se requirió conversión a cirugía abierta; la causa de la conversión fue incapacidad técnica para lograr una disección segura.

Las reintervenciones por laparoscopia fueron: 9 Nissen, 5 Toupes y 3 cierre de hiato y fijación de la funduplicatura, ya que se encontró ésta intacta pero desplazada al tórax.

El tiempo quirúrgico promedio fue 170 minutos (1:45h - 5.00h); todos los pacientes fueron controlados por los autores.

Actualmente hay 14 pacientes asintomáticos por completo Visick I; 3 presentan disfagia; se documentó en 1 de ellos recidiva de la hernia hiatal y requirió dilatación esofágica continua con tratamiento médico. Los otros 2 pacientes sin recidiva de la hernia hiatal, tienen documentado un trastorno de la motilidad esofágica.

En el intraoperatorio se presentó lesión del fondo gástrico en 2 pacientes, que se suturó por vía laparoscópica con buena evolución.

Como podemos apreciar, el 80% de los pacientes obtuvieron resultados excelentes.

DISCUSIÓN

Se define como falla en el tratamiento quirúrgico, la persistencia o recurrencia de síntomas.

En reflujo hay una falla definitiva cuando los síntomas son suficientemente severos como para requerir al menos terapia intermitente por pirosis y regurgitación, o surgen otros problemas como *dumping*, síndrome de la burbuja, Nissen deslizado, ya que los estudios fisiológicos demuestran que los síntomas son debidos a esta falla, incluso en ausencia de daño de la mucosa por endoscopia.

Se acepta que 5-10% de los pacientes presenta recurrencia de síntomas (3), y en estos pacientes el protocolo de estudio debe incluir, endoscopia digestiva, esófago baritado, monitoría de pH y, a veces manometría esofágica. Si la recurrencia de los síntomas es leve, se puede intentar un tratamiento médico hasta que el paciente esté satisfecho; pero si los síntomas son severos o existen otras complicaciones como esofagitis importante, se debe intentar la reintervención.

Las alteraciones que explican la necesidad de reintervenir incluyen : funduplicaturas muy apretadas o flojas, incorrectamente posicionadas o disrupción de las mismas.

Hinder y cols, reportan 40 casos de reintervención evaluados durante 6 años, y encuentran como indicación más frecuente la disrupción de la funduplicatura (14/40), daño del reparo de la crura (9/40) y Nissen deslizado (6/40) (4). En nuestra serie, 11/17 presentaron disrupción de la funduplicatura y 6/17, daño de reparo crural.

La recurrencia de síntomas de reflujo se reportan en 3.4% en los seguimientos a 3 años en cirugía laparoscópica, pero se espera que llegue al 8-10% cuando se realice el seguimiento a 10 años; la necesidad de cirugía en estos casos se discutirá con el paciente advirtiéndole la mayor morbi-mortalidad del nuevo procedimiento.

No está claro porqué una funduplicatura se malogra, pero la tensión parece ser uno de los factores más importantes. Lawrence W, recomienda seccionar los vasos gástricos cortos para disminuir la tensión en la funduplicatura, además de fijarla a los vértices del hiato para evitar deslizamientos (5).

Dallemagne en 25 casos de reintervención encontró la mayoría de las fallas durante la curva de aprendizaje, o sea, menos de 20 casos en los que se usaron técnicas menos regladas en el procedimiento: suturas que se fijan con *clips*, no reparar los pilares diafragmáticos o no realizar disección posterior del esófago (6).

La disfagia es el problema más frecuente luego de cirugía antirreflujo; se presenta hasta en el 30-40% de los pacientes inicialmente y disminuye hasta 5% con el tiempo; de todos estos sólo 4% requieren dilatación y 0.9% cirugía de revisión, que se indica si hay hernia paraesofágica, desplazamiento de la funduplicatura o fibrosis de ésta. Es necesario demostrar que la funduplicatura esté intacta para asegurar un buen resultado de la dilatación, 67% vs 27%; por eso es de suma importancia realizar un estudio baritado del esófago, ya que hasta en el 30% de los casos se encuentra alteración de la funduplicatura (7).

En la reintervención es importante tener presente la existencia de adherencias en grado variable según el acceso previo, abierto o laparoscópico, siendo en este último caso mucho menos importante el aspecto víscero-parietal, pero de igual magnitud en nivel del hiato esofágico, con pocas diferencias con el procedimiento abierto, con severas adherencias en el hiato y al lóbulo izquierdo del hígado (8).

Durante la reintervención es importante el manejo del estómago y del esófago para evitar iatrogenia la cual se acompaña de una alta mortalidad; así mismo, es de vital importancia identificar y preservar el nervio vago. La disección se inicia liberando las adherencias del lóbulo hepático izquierdo, hasta llegar al lóbulo cuadrado, ya que al liberar éste se define claramente la rama derecha del pilar, y al disecarla se llega al vértice del hiato diafragmático y, posteriormente, a la rama izquierda del pilar. En este momento se encuentran las adherencias de la pared gástrica por la funduplicatura previa, la cual se puede encontrar parcial o totalmente dehiscente; se liberan todas las adherencias hasta lograr visualizar bien el esófago, la unión cardiesofágica y lograr tener de nuevo una buena porción de esófago y la unión cardiesofágica, y

lograr tener de nuevo una buena porción de esófago intraabdominal. Aunque este es un paso especialmente difícil, sólo se presentaron dos complicaciones en los 17 casos operados, y fue el desgarró gástrico que se suturó por laparoscopia. Posterior a este paso se procede a realizar la funduplicatura de 360 o 270 grados según la motilidad esofágica con la técnica ya descrita previamente (9,10). De nuestros 17 pacientes operados, a 3 les realizamos nueva aproximación de los pilares ya que la funduplicatura estaba intacta, y de lo 14 restantes, en 9 se realizó Nissen y en 5 se efectuó Toupet.

La revisión de Hinder en 40 pacientes reintervenidos por vía laparoscópica requirió de conversión en 15%, o sea, 6 pacientes (4); igualmente en nuestra serie de 20 pacientes se requirió conversión en 3 (15%). Básicamente por dificultad técnica en la disección, de éstos, 2 habían sido previamente por vídeo y uno por cirugía abierta, todos durante la experiencia inicial (5 primeros casos). Por razones obvias, el tiempo quirúrgico fue alto con un promedio de 170 min. El resultado de la refunduplicatura como lo reporta Jarnieson, según Hinder, evaluando 564 pacientes, es de buenos resul-

tados en el 79% y plantea que la posibilidad de respuesta satisfactoria aumenta con una evaluación adecuada del procedimiento y del defecto fisiológico previo (4).

Nuestros resultados son similares con una respuesta satisfactoria en el 80%, sin tener en cuenta los pacientes que se convirtieron a cirugía abierta a quienes excluimos de esta evaluación.

ABSTRACT

We have analyzed our experience with 20 patients with failed antireflux surgery performed in the city of Medellín, Colombia; 14 were laparoscopic procedures, and 6 open operations. Laparoscopic correction was successfully completed in 17 cases, and three had to be converted to an open operation. Excellent result was achieved in 80% of the cases. In conclusion, laparoscopic reintervention is a valid form of therapy to treat patients with failed correction, but it demands superior and advanced training, and profound knowledge of the physiology and anatomy of esophageal reflux disease.

REFERENCIAS

1. Dallemagne B, Weerts J, Jehaes C, et al: Causes of failures of laparoscopic antireflux operations. *Surg Endosc* 1996; 10: 305-10
2. Hinder R, Filipi C, Wetscher G, et al: Laparoscopic Nissen fundoplication is an effective treatment for gastroesophageal reflux disease. *Ann Surg* 1994; 220: 470-83
3. Howard M, Heading B: Epidemiology of Gastro-Esophageal Reflux Disease. *World J Surg* 1992; 16: 288-93
4. Hinder R, Klinger P, Perdakis G, et al: Management of failed antireflux operation. *Surg Clin North Am* 1997; 10: 1083-97
5. Way L: An overview of the operation for reflux. SSAT posgraduate course faculty. San Francisco, California 1995
6. Dallemagne B: Causes of failure of laparoscopic antireflux operations. SSAT posgraduate course faculty. San Francisco, California, 1995
7. Hunter J, Smith D, Branum G, et al: Laparoscopic fundoplication failures. Patterns of failure and response to fundoplication revision. *Ann Surg* 1999; 230: 595-606
8. Watson D, Jarnieson G, Game P, et al: Laparoscopic Reoperation Following failed antireflux surgery. *Br J Surg* 1999; 86: 98-101
9. Zundel N, Restrepo H, Vargas J, et al: Cirugía antirreflujo por laparoscopia. *Rev Colomb Cir* 1997; 12: 267-72
10. Arango L, Angel A: Reflujo gastroesofágico. Conceptos actuales, evaluación y presentación de 50 enfermos intervenidos laparoscópicamente con seguimiento de seis meses. *Rev Colomb Cir* 1997; 12: 267-72.

Correspondencia:

Doctor **Hernán Restrepo Restrepo**. Cra. 78B No. 69-240. Cons. 309. Medellín. Fax: 4411440.