

CIRUGIA LAPAROSCOPICA PARA REFLUJO GASTROESOFAGICO

AUTORES:

DR. JORGE CUETO, CIRUJANO GENERAL, VASCULAR Y LAPAROSCÓPICO, HOSPITAL ABC, MÉXICO D.F.

DR. ALEJANDRO WEBER, CIRUJANO LAPAROSCÓPICO, HOSPITAL ABC, MÉXICO D.F.

DR. CARLOS HURTADO, ANESTESISTA GENERAL Y LAPAROSCÓPICO, HOSPITAL ABC, MÉXICO D.F.

DR. DELZIN GARTEIZ, MÉDICO GENERAL, HOSPITAL ABC, MÉXICO D.F.

DR. MARIO A. SÁNCHEZ, CIRUJANO GENERAL Y LAPAROSCÓPICO, HOSPITAL DR. R.A. CALDERÓN GUARDIA, SAN JOSÉ, COSTA RICA. APDO.777-2150 MORAVIA TEL: 235-0853 FAX: 283-6616-309

DR. JUAN G. FONSECA, CIRUJANO GENERAL Y LAPAROSCÓPICO, HOSPITAL DE GUÁPILES, LIMÓN, C.R.

RESUMEN

La funduplicación de Nissen es una de las operaciones para reflujo gastroesofágico de mayor aceptación; sin embargo, es una operación con importante morbilidad para una patología benigna. Esta operación, se ha venido haciendo en los últimos años mediante cirugía laparoscópica con menores problemas que la cirugía clásica abierta. Presentamos una experiencia preliminar de 44 casos resueltos con este abordaje en el que tenemos un 94.8% de pacientes con alivio de los síntomas y mínimas complicaciones. Solo 2 pacientes requirieron una segunda cirugía. La presión final del esfínter fue de 25mmH y la longitud de la funduplicatura fue de 3.06 cms.

PALABRAS CLAVE:

Hernia hiatal, hernioplastia hiatal laparoscópica.

SUMMARY

The laparoscopic Nissen fundoplication is an operation which has the same surgical principles as the open technic, and can be carried out safely for surgeons with proper training in laparoscopic surgery with the same results, but without the disadvantages of the big operation. We show here our early experience of 44 cases as a preliminary report with 94.8% of our patients relieve of symptoms and with minimal complications. Only 2 patients required a second surgery. The final pressure was 25 mmHg and the length of the wrap was 3.06 cms.

KEY WORDS:

Diaphragmatic hernia, laparoscopic hernioplasty.

INTRODUCCION

La cirugía laparoscópica tiene una evolución relativamente corta, alrededor de 15 años. Inicialmente, este abordaje se dedicó casi exclusivamente a la cirugía de vesícula, pero con el desarrollo de nuevos instrumentos, se ha podido abordar también la vía biliar, efectuándose colangiografías, exploración de colédoco y hasta derivaciones bilioentéricas. Así, poco a poco, en los diferentes centros del mundo se le empiezan a encontrar otras indicaciones y se extiende en forma explosiva. Una de las indicaciones bastante bien documentadas por muchas series, es la cirugía para reflujo gastroesofágico iniciada con la serie Dallemagne en 1991 (3), por cuanto ofrece mínimo dolor, rápida recuperación, corta hospitalización, incorporación rápida al trabajo y un costo beneficio muy adecuado (6).

Ciertamente, la indicación quirúrgica en reflujo es exclusiva para los pacientes que han tenido una falla con el manejo médico o para tratar las complicaciones de la misma; tales como: estrechez, sangrado, ulceración o esófago de Barre, con lo que el 90% de pacientes mejora sustancialmente en seguimientos a 10 años (9,11,4,5,8). Esta cirugía se ha considerado siempre muy traumática para un padecimiento benigno, pues se requiere una gran incisión, operar en un sitio muy incómodo y con gran malestar posoperatorio para el paciente, consumiendo un promedio de 9 días en el hospital. El abordaje laparoscópico ha venido a resolver esta disyuntiva, pues ofrece la misma cirugía sin los problemas de abrir una gran herida, un gran proceso inflamatorio, una gran disección, mucho dolor posoperatorio, tiempo de recuperación y estancia hospitalaria prolongados (2,66)

En esta revisión, presentamos un adelanto de la experiencia del grupo quirúrgico del Dr. Jorge Cueto en México D.F., con el cual hemos tenido la gran oportunidad de participar en el tiempo de estancia en su servicio.

MATERIAL Y METODOS:

De enero 1991 a junio 1995, se trataron 44 casos, con una edad promedio de 44 años, siendo el paciente más joven de 21 años y el más viejo de 74. Entraron al estudio un total de 14 mujeres y 30 hombres, todos con síntomas por reflujo gastroesofágico intratables por medios médicos. El tiempo de síntomas antes de la decisión quirúrgica fue de 4.7 años.

Endoscópicamente se pudo evaluar que los pacientes

tenían:

Esofagitis G-1	22%
Esofagitis G-II	16%
Esofagitis G-III	27%
Esofagitis G-IV	33%

Además un 7% presentaron estrechez y un 16% acortamiento del esófago.

Todos estos pacientes se sometieron a un estudio minucioso con el objeto de determinar que efectivamente su sintomatología se debía a reflujo, y con historia de falla en el tratamiento médico con el cambio en estilo de vida, bloqueadores H₂, antiácidos y otros. Todos los casos fueron ejecutados por el mismo equipo, con alta experiencia en cirugía laparoscópica y en cirugía de reflujo.

Se usaron 6 trócars para facilidad de exposición del área operatoria.

Se usaron las técnicas de Nissen y Toupet para la reparación (6).

Se ligaron y seccionaron los vasos cortos siempre que fue necesario para producir una envoltura adecuada (3).

Se realizó la envoltura con puntos intracorpóreos y anudamiento extracorpóreo y en una longitud apropiada no menor de 2 centímetros.

En el manejo posoperatorio: al día siguiente se le retiró todo al paciente, se estimuló su deambulación temprana y se dio de alta muy tempranamente.

Se inició con dieta líquida y luego se avanzó conforme el enfermo lo permitió a dieta normal en los primeros 3 días.

RESULTADOS:

Todos los pacientes se hicieron totalmente en forma laparoscópica, ninguna requirió conversión a la técnica abierta. Si bien los primeros casos duraron un tiempo mayor, conforme se hizo experiencia se acortó el tiempo operatorio hasta tener un promedio para todos los casos de 3 horas, esto incluye el tiempo consumido haciendo otros procedimientos adicionales. El 57% (25) tuvieron una operación de Nissen y el 43% (19) tuvieron un Toupet. El tiempo de hospitalización total fue de 2.02 días, aclarando que algunos se dejaron más de un día por conveniencia del paciente más que por el procedimiento en sí mismo. Evaluados clínicamente y con un seguimiento de 1.6 años el 68% se reportó asintomático, el 26% con síntomas leves y sólo un 5.2% (2) requirieron re-operación. No hubo mortalidad. Se tuvieron 3 complicaciones: 1 Neumonía con derrame pleural, 1 hematoma del hígado y 1 laceración del hígado con los separadores. No hubo necesidad de convertir ningún caso (0%).

Simultáneamente se realizaron otros procedimientos en 19 pacientes: 7 colecistectomías, 4 vaguectomías con piloromiotomía, 4 hemiorrafias inguinales, 3 biopsias hepáticas y 1 lisis de adherencias.

A todos estos pacientes se les midió la presión del esfínter esofágico inferior preoperatoriamente y su promedio fue de 8.2 mmHg, con mediciones transoperatorias después de la reparación que anduvieron en un promedio de 25mmHg. La medición del esfínter esofágico inferior preoperatoria fue de 1.5 cms y después de la cirugía quedó en promedio en 3.06 cms.

DISCUSIÓN:

Como se aprecia en esta serie de pacientes, las bondades del manejo de los casos de reflujo gastro-esofágico que requieren la opción quirúrgica por medio del abordaje laparoscópico (guardando los mismos principios de la cirugía antireflujo (4) es definitivo, como ya se documentó con anterioridad (10, 7, 8). Pues podemos apreciar fácilmente que estos pacientes tienen una estancia hospitalaria solo de 2 días contra 9 que requieren con cirugía abierta. Las complicaciones son (por ser una cirugía mínimamente invasiva), menores como se aprecia en nuestra serie (12), a pesar de tratarse de pacientes con esofagitis GII y III que tienen una dificultad técnica mayor (según nuestras observaciones que luego informaremos).

Todos los pacientes cuando llegaron a nuestra sala de operaciones se encontraban francamente sintomáticos y actualmente se encuentran en su mayoría (94.8%) aliviados de los síntomas. Lo interesante es que aún aquellos pacientes del grupo de leves sintomáticos, refieren claramente que ellos se operarían otra vez, pero por medio de Laparoscopia.

Empezamos a realizar solamente la reparación de Nissen (8), con división de vasos cortos siempre que se requiriera a juicio del equipo para ser una buena envoltura; pero luego nos movimos al Toupet (6) porque básicamente nos produjo el mismo resultado con menor dificultad técnica. Con una envoltura de 3 cms. no hemos tenido en nuestros pacientes problemas de disfagia (1).

Nos hemos dado a la tarea de medir la presión del EEI preoperatoriamente y transoperatoriamente para guiarnos con la envoltura que efectuamos y hemos tenido casos en los que la presión no sube lo suficiente, y entonces modificamos nuestra plicatura o bien en otros sube demasiado y deshacemos parte de la misma con el fin de disminuir la presión en el EEI y así asegurar al enfermo un mejor resultado posoperatorio.

No tenemos datos en relación con el costo beneficio pero obviamente el paciente tiene una estancia menor, requiere menos analgésico y al tener menos complicaciones lógicamente requerimos menos procedimientos, medicaciones, etc.

En conclusión la funduplicatura gastroesofágica para tratar el reflujo rebelde a tratamiento médico, es una operación efectiva, segura (7) con buen costo-beneficio, en la que una buena parte de los pacientes se alivia de los síntomas, y ésta se puede efectuar con grandes ventajas por medio de cirugía laparoscópica e inclusive se pueden añadir

otros procedimientos si es necesario, sin añadir morbilidad o mortalidad como lo demuestra nuestra serie y otras de la literatura (2, 6, 8).

Sin embargo, se debe tener claro que los resultados a largo plazo todavía requieren el juicio del tiempo, ya que la mayoría de la serie son de 3-4 años atrás (2). Y, además, que su uso se debe limitar a aquellos grupos que ya tienen experiencia en cirugía laparoscópica. (6) y conocen la patología en cirugía abierta.

BIBLIOGRAFIA

- 1- BONAVINA L., EVANDER A, DEMEESTER TR, ET AL. LENGTH OF THE DISTAL ESOPHAGEAL SPHINCTER AND COMPETENCY OF THE CARDIA. AM J. SURG. 1986; 151:25-34.
2. COSTER D.D., WARREN H B LAPAROSCOPIC NISSEN FUNDOPPLICATION. SURGICAL LAPAROSCOPY AND ENDOSCOPY 1995; 5, N:2.: 111-117.
3. DALLEMAGNE B, WEERTS JM, JEHACS C, ET AL. LAPAROSCOPIC NISSEN FUNDOPPLICATION: PRELIMINARY REPORT. SURG LAPAROSC ENDOSC 1991; 1:2-7.
4. DEMEESTER TR, JOHNSON LF, KENT AH. EVALUATION OF CURRENT OPERATIONS FOR THE PREVENTION OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX. ANN SURG. 1974; 180: 511-525.
5. DONAHUE PE, SAMELSON S, NYHUS LM BOMBECK CT. THE FLOPPY NISSEN FUNDOPPLICATION: EFFECTIVE LONG-TERN CONTROL OF PATHOLOGIC REFLUX. ARCH SURG 1985; 120:663-668.
6. HINDER RA, FILIPI CJ, WETSCHER G, NEARY P, DEMEESTER TR PERDIKIS G. LAPAROSCOPIC NISSEN FUNDOPPLICATION. ANNALS OF SURGERY 1994; VOL 220, N:4:472-483.
7. HINDER RA, FILIPI CJ, THECNIQUE OF LAPAROSCOPIC NISSEN FUNDOPPLICATION. SURG LAPAROSC ENDOSC 1992; 2:265-272.
8. JAMIESON GG WATSON DI, BRITTEN-JONES R, MITCHELL PC, ANVARI M. LAPAROSCOPIC NISSEN FUNDOPPLICATION. ANNALS OF SURGERY 1994; VOL 220, N:2:137-145.
9. LIEBERMAN DA. MEDICAL THERAPY FOR CHRONIC REFLUX ESOPHAGITIS; LON TERM FOLLOW-UP. ARCH INT MED. 1987; 147:1717-1720.
10. SKINNER DB, BELSEY RHR, SURGICAL MANAGEMENT OF ESOPHAGEAL REFLUX AND HIATUS HERNIA: LONG TERM RESULTS IN 1.030 PATIENTS. J THORAC CARDIOVASC SURG 1967; 53:33-54.
11. SPECHLER SJ. COMPARISON OF MEDICAL AND SURGICAL THERAPY FOR COMPLICATED GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN VETERANS. N ENGL J Med 1992; 326:786-792.
12. URSCHEL JD. COMPLICATIONS OF ANTIREFLUX SURGERY. AM J SURG 1993; 166:68-70.