



P-153 - EVALUACIÓN DE LA DISFAGIA TRAS CIRUGÍA ANTIRREFLUJO: ¿CUÁLES SON SUS CAUSAS Y CONSECUENCIAS?

Triguero Cabrera, Jennifer; Montes Osuna, María del Carmen; Mogollón González, Mónica; Palomo, Irina; Moya, Miguel Ángel; Espadas Padial, Benjamina; Álvarez Martín, María Jesús; Villar del Moral, Jesús María

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Objetivos: Nuestro objetivo fue analizar la incidencia de disfagia tras cirugía antirreflujo laparoscópica (CAL), así como los factores relacionados con la aparición de la misma y las consecuencias para el paciente.

Métodos: Estudio retrospectivo y unicéntrico sobre una cohorte de pacientes sometidos a CAL por RGE refractario a tratamiento médico, o hernia de hiato (HH) sintomática, entre enero de 2014 y diciembre de 2017. La disfagia postoperatoria se evaluó de forma estandarizada según una escala de 0 a 3: inexistente, leve, moderada, grave. Se consideró disfagia significativa una puntuación > 2 . El seguimiento mínimo fue de 18 meses. Las variables cualitativas se expresaron mediante porcentajes y las cuantitativas se definieron por su mediana y rango intercuartílico. Se utilizó el test U de Mann-Whitney para variables cuantitativas; chi-cuadrado y test exacto de Fisher para cualitativas. Se consideró significativo $p < 0,05$.

Resultados: 176 pacientes fueron incluidos en el estudio: 90 mujeres (51,1%) y 86 varones (48,9%), con una edad mediana de 54 (43-62) años. En 8 casos se evidenció anillo de Schatzki. La manometría preoperatoria mostró motilidad esofágica ineficaz \pm hipotonía del esfínter esofágico inferior (EEI) en 50 pacientes (28,4%); hipertonia del EEI en 7; pseudoachalasia en 1 y ondas terciarias en 14 casos. 162 pacientes fueron sometidos a cirugía primaria y 14 (7,8%) a revisional por recurrencia del RGE. En todos se realizó cardioplastia + funduplicatura de Nissen laparoscópica con sección de vasos cortos, excepto 3 pacientes en los que se realizó Toupet. Se calibró con sonda de Foucher de 38 Fr en 53 pacientes (30,1%). 61 pacientes (34,7%) presentaron un defecto hiatal > 4 cm, utilizando malla irreabsorbible en 41 casos (23,3%). El cierre de pilares se realizó con dos tipos de sutura irreabsorbible: seda y nylon. En 3 pacientes se asoció plastia de Collis por hallazgo intraoperatorio de esófago corto. 5 pacientes desarrollaron complicaciones postoperatorias: 1 perforación en ángulo de His que precisó reintervención y el resto dificultad para la tolerancia oral. 34 (19,3%) pacientes presentaron recurrencia del RGE. 66 pacientes (37,5%) presentaron disfagia postoperatoria significativa aunque resuelta al año de la cirugía con medidas conservadoras; en 5 casos fue severa y prolongada. En 10 de ellos se constató estenosis de la unión esofagogástrica que precisó dilatación endoscópica en 7 casos y reintervención quirúrgica en 3, realizándose *bypass* gástrico laparoscópico. En todos ellos, se resolvieron los síntomas. Las variables analizadas para el estudio de los factores de riesgo con resultados estadísticamente significativos fueron: Tipo de sutura

utilizada: seda frente a nylon ($p = 0,049$). Calibración intraoperatoria con sonda de Foucher ($p = 0,050$). Desarrollo de complicaciones en el postoperatorio inmediato ($p = 0,040$). Tipo de recidiva herniaria: precoz frente a tardía ($p = 0,032$).

Conclusiones: La disfagia es un problema común en nuestra serie tras CAL que exige paciencia por parte del cirujano, ya que la mayoría de los pacientes resuelven los síntomas con el tiempo, adecuadas pautas higiénico-dietéticas y tratamiento médico. Las reintervenciones por este motivo aportan un gran beneficio ya que suelen resolver los síntomas. El uso de seda, la no calibración con sonda, el desarrollo de complicaciones postoperatorias y la recidiva herniaria precoz se establecen como potenciales factores favorecedores de disfagia postoperatoria.