



VC-057 - PROLAPSO GASTROESOFÁGICO INTERMITENTE DESPUÉS DE UNA FUNDUPLICATURA DE NISSEN TRATADO CON GASTROPEXIA DE HILL

Sánchez Infante Carriches, Silvia; Castellón Pavón, Camilo José; García Muñoz Najar, Alejandro; Fernández Martínez-Gordón, Flor; Pérez Domene, María Teresa; Caraballo Angeli, Claudia Isabel; Durán Poveda, Manuel

Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles.

Resumen

Introducción: La intususcepción es una causa infrecuente de obstrucción intestinal. Las localizaciones más frecuentes son intestino delgado y colon, siendo excepcional la invaginación del estómago en la luz del esófago distal.

Caso clínico: Varón de 75 años, con antecedentes de arteriopatía periférica, úlcera gástrica y cirugía laparoscópica de hernia de hiato y reflujo gastroesofágico con posterior reintervención (funduplicatura Nissen) hace 10 años. En los últimos dos meses comienza con episodios autolimitados y recurrentes de disfagia para sólidos y líquidos que causan molestias retroesternales, náuseas y algún vómito esporádico. Toma inhibidores de la bomba de protones (IBP) a demanda y niega clínica de reflujo gastroesofágico (RGE). Se realiza gastroscopia que muestra a nivel distal un prolapso gástrico a través de la funduplicatura competente que desaparece y aparece con la peristalsis y no impide el paso del endoscopio al estómago que muestra un aspecto normal. En la tomografía computarizada (TC) se aprecian cambios posquirúrgicos de la funduplicatura sin otros cambios significativos. Ante la persistencia de la clínica a pesar del tratamiento médico, se decide intervención quirúrgica por vía laparoscópica. Se aprecian intensas adherencias, un defecto hiatal de 3 cm sin herniación a mediastino de la funduplicatura que presenta una separación parcial de los extremos (1 cm), cuatro puntos irreabsorbibles de fijación del lado derecho de la plicatura al pilar diafragmático derecho y dos puntos de fijación del lado izquierdo al diafragma. Se realiza refuerzo de la funduplicatura, liberación del lado derecho y una gastropexia de Hill fijando el cuerpo proximal gástrico a la fascia preaórtica. El paciente es dado de alta a las 24 h de ingreso, con buen estado general y tolerancia oral. Después de dos meses de seguimiento el paciente se encuentra asintomático sin nuevos episodios de disfagia y con buena tolerancia oral.

Discusión: La intususcepción gástrica después de una funduplicatura tipo Nissen es excepcional, con solo un caso descrito en un paciente pediátrico. Los únicos factores de riesgo que presentaba nuestro paciente fueron la enfermedad péptica gastroduodenal y una excesiva fijación de la plicatura al pilar derecho. La presentación clínica más común es dolor epigástrico, disfagia, incluso hemorragia digestiva alta, que pueden ir precedidas de náuseas o vómitos previos. La técnica diagnóstica habitual es la endoscopia digestiva alta. El paciente rechazó la realización de manometría y pHmetría esofágicas. En pacientes oligosintomáticos en fase inicial, se puede optar por un tratamiento conservador. Cuando no hay respuesta al tratamiento médico o existen

complicaciones agudas, debe realizarse cirugía. Aunque se han descrito abordajes por toracotomía, lo más habitual es por vía laparoscópica. En nuestro caso consideramos 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.