



O-055 - CIRUGÍA DE REVISIÓN TRAS FALLO DE CIRUGÍA ANTIRREFLUJO: EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 8 AÑOS

Posada González, María; Salcedo Cabañas, Gabriel; Restrepo Núñez, Rafael; Tejedor Togores, Patricia; Lévano Linares, César; Cortés Guiral, Delia; Vorwald, Peter; García Olmo, Damián

Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Resumen

Objetivos: En el seguimiento a largo plazo tras cirugía antirreflujo se describe una tasa de fallo de entre un 10-20%. Los pacientes presentarán recurrencia de su sintomatología de reflujo o problemas derivados de fallos mecánicos después de la funduplicatura. Las tasas de reintervención oscilan en torno al 3-6%. Nuestro estudio pretende analizar los casos de cirugía de revisión (CRV) tras fallo de cirugía antirreflujo (CAR) realizados nuestro centro en los últimos 8 años, e identificar cuáles fueron los motivos que llevaron a la reintervención y cuáles han sido los resultados obtenidos.

Métodos: Se realiza un estudio retrospectivo en el que se incluyen todos los pacientes que fueron sometidos a una CRV en nuestro centro entre 2008 y marzo de 2015. Se recogen datos demográficos, datos de la primera CAR, sintomatología que condiciona la CRV, datos de la CRV, morbilidad asociada y resultados obtenidos.

Resultados: Se realizaron 19 CRV en un total de 16 pacientes (16 cirugías de revisión y 3 cirugías de segunda revisión), 6 (37,5%) varones y 10 (62,5%) mujeres con una edad media de 58,3 años (34-75). En el 52,6% de los pacientes, la CAR inicial había sido realizada en nuestro centro (tasa de cirugía de revisión tras cirugía antirreflujo del 5%) mientras que el 47,4% venía derivado de otros hospitales. La técnica quirúrgica más empleada en la CAR inicial fue la funduplicatura de Nissen (8 casos-50%), seguido del Nissen Rossetti (6 casos-37,5%), el Toupet (1 caso-6,25%) y el Dor (1 caso-6,25%). En la mayoría de los pacientes, los síntomas que motivaron la revisión fueron la recurrencia de síntomas típicos de reflujo (52,3%), seguido de la presencia de disfagia (26,3%). La media de tiempo de aparición de los mismos tras la CAR inicial fue de 37,9 meses. En cuanto a los hallazgos intraoperatorios, 5 (31,3%) presentaban disrupción de la funduplicatura, 3 (18,8%), herniación transhiatal de la funduplicatura al tórax, 3 (18,8%) funduplicatura mal posicionada, 3 (18,8%) telescopaje del estómago por encima de la funduplicatura y 2 (12,6%) funduplicatura holgada incompetente. Se emplearon diferentes abordajes en las reintervenciones, desde rehacer la funduplicatura, hasta realizar una gastrectomía (tabla). El abordaje quirúrgico fue determinado por el abordaje en la cirugía inicial, 7 (36,8%) fueron abiertos y 12 (63,2%) laparoscópicos (únicamente 1 caso requirió conversión a cirugía abierta). La morbilidad asociada a la reintervención fue baja, destacando únicamente el caso de un paciente en el que se realizó una gastrectomía parcial y que presentó una fístula anastomótica que se resolvió de forma conservadora. La estancia media de ingreso fue de 6,7 días. La media de seguimiento fue de 24 meses, obteniendo una mejoría clínica en

el 94% de los pacientes.

Paciente	Cirugía de revisión y sus indicaciones	Cirugía de revisión	Hallazgos intraoperatorios
1	Nissen Rossetti. Abierto	Floppy Nissen con sección de vasos cortos. Abierto	Funduplicatura desplazada en sentido caudal sobre la curvatura menor
2	Touper. Abierto	1ª reintervención: gastrectomía parcial	Intensa fibrosis, hiato bloqueado
3	Floppy Nissen. Laparoscópico	2ª reintervención: gastrectomía total	Intensa fibrosis
4	Floppy Nissen. Abierto	1ª reintervención: Re-Nissen. Laparoscópico	Funduplicatura demasiado holgada. Incompetente
5	Floppy Nissen. Abierto	2ª reintervención: bypass gástrico. Laparoscópico	Nissen incompetente
6	Nissen Rossetti. Abierto	Liberación de la funduplicatura y reducción a cavidad. Cierre de pilares y gastropexia	Herniación de la funduplicatura al tórax
7	Nissen Rossetti. Laparoscópico	Re-Nissen. Abierto	Disrupción de la funduplicatura y herniación al tórax
8	Nissen Rossetti. Laparoscópico	Floppy Nissen con sección de vasos cortos. Abierto	Disrupción de la funduplicatura sin herniación asociada
9	Nissen Rossetti. Laparoscópico	1ª reintervención: liberación de brida. Laparoscópica	Brida del manguito de la funduplicatura hacia el lóbulo hepático izquierdo que angula el esófago
10	Nissen Rossetti. Laparoscópico	2ª reintervención: Toupet. Laparoscópico	Funduplicatura sigue angulando el esófago
11	D'or. Abierto	Toupet. Laparoscópico	Telescopaje al tórax
12	Floppy Nissen. Laparoscópico	Re-Nissen. Laparoscópico	Funduplicatura parcialmente dehiscente con angulación del esófago
13	Floppy Nissen. Laparoscópico	Toupet. Laparoscópico	Angulación del esófago
14	Floppy Nissen. Laparoscópico	Toupet. Laparoscópico	Hiato abierto con funduplicatura migrada al tórax
15	Floppy Nissen. Laparoscópico	Toupet. Laparoscópico, convertido a abierto	Funduplicatura demasiado corta y holgada. Incompetente
16	Floppy Nissen. Laparoscópico	Toupet. Laparoscópico	Telescopaje al tórax
			Disrupción de funduplicatura. Herniación completa, hernia paraesofágica tipo III
			Herniación completa al tórax sin telescopaje
			Funduplicatura estrecha y telescopaje al tórax

Conclusiones: En general, el fallo de la cirugía antirreflujo es consecuencia de múltiples factores, aunque siempre tienen un papel protagonista los problemas técnicos relacionados con la intervención. La cirugía de revisión tras fallo de la cirugía antirreflujo es segura y eficaz, pero a la vez es una cirugía compleja y requiere de cirujanos expertos para poder obtener buenos resultados.