

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arjona-Sánchez A, Barrios P, Boldo-Roda E, Camps B, Carrasco-Campos J, Concepción Martín V, et al. HIPECT4: multicentre, randomized clinical trial to evaluate safety and efficacy of Hyperthermic intra- peritoneal chemotherapy (HIPEC) with Mitomycin C used during surgery for treatment of locally advanced colorectal carcinoma. *BMC Cancer*. 2018;18:183.
2. Parikh R, Shah S, Dhurandhar V, Alzahrani N, Fisher OM, Arrowaili A, et al. An analysis of the morbidity associated with abdominal wall resection and reconstruction after cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy (CRS/HIPEC). *Eur J Surg Oncol*. 2018;45:394-9.
3. Diaconescu M, Burada F, Mirea CS, Moraru E, Giorbagiu MC, Obleaga CV, et al. T4 colon cancer - Current management. *Curr Health Sci J*. 2018;44:5-13.
4. Asano H, Kojima K, Ogino N, Fukano H, Ohara Y, Shinozuka N. Postoperative recurrence and risk factors of colorectal cancer perforation. *Int J Colorectal Dis*. 2016;32:419-24.
5. Landi P, Dorado E, Paz LA. Cáncer de colon con infiltración de pared abdominal y factores clínicos de mal pronóstico. *Medicina (Buenos Aires)*. 2016;76:403-7.
6. Mohan HM, Evans MD, Larkin JO, Beynon J, Winter DC. Multivisceral resection in colorectal cancer: a systematic review. *Ann Surg Oncol*. 2013;20:2929-36.
7. Mericli AF, Baumann DP, Butler CE. Reconstruction of the abdominal wall after oncologic resection: defect classification

and management strategies. *Plast Reconstr Surg*. 2018;142:187S-96S.

8. Masia J, Vives L. Anterolateral thigh flap: surgical anatomy, dissection technique and clinical applications. *Cir Plas Iberolatinoam*. 2006;32:269-79.
9. Ruíz-Moya A, Segura-Sampedro JJ, Sicilia-Castro D, Carvajo-Pérez F, Gómez-Cía T, Vázquez-Medina A, et al. Chimeric Anterolateral Thigh Flap for Total Thoracic Esophageal Reconstruction. *Ann Thorac Surg*. 2016;101:338-42.

Alejandro Gil-Catalán^{a*}, Juan José Segura-Sampedro^a, Sebastián Jerí-McFarlane^a, Jaume Estrada-Cuxart^b y Rafael Morales-Soriano^a

^aServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Son Espases, Illes Balears, España

^bServicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva, Hospital Universitario Son Espases, Illes Balears, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gilcatalan.alejandra@gmail.com (A. Gil-Catalán).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.11.019>

0009-739X/© 2021 AEC. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Manejo laparoscópico del reflujo gastroesofágico tras bypass gástrico en Y de Roux mediante gastropexia de Hill



Laparoscopic management of reflux after Roux en Y gastric bypass using technique Hills gastropexy

Dos dolencias comunes de la sociedad occidental contemporánea son la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y la obesidad mórbida (OM)¹. A pesar de los muchos paralelismos entre su epidemiología y su presunta etiología, la relación entre los 2 procesos de la enfermedad sigue siendo incompleta¹. Existe una asociación entre la obesidad central y la prevalencia de ERGE, ya que se ha visto que la presión gástrica, el gradiente de presión gastroesofágica y la incidencia de hernia hiatal se elevan en estos pacientes². El bypass gástrico en Y de Roux (BGYR) es considerado el *gold standard* en el tratamiento quirúrgico del paciente con OM y ERGE¹⁻⁴. Esta última se presenta en el 70% de los pacientes candidatos a

cirugía bariátrica y su resolución se estima entre el 85 y el 90%⁴, independientemente de la pérdida de peso obtenida⁵.

Presentamos un caso clínico inusual, en el que coexisten la OM y la ERGE, con empeoramiento de esta última entidad a pesar del BGYR. Se trata de una paciente de 50 años con antecedentes personales de hernia de hiato acompañada de reflujo gastroesofágico (esofagitis péptica grado B de los Ángeles) y un índice de masa corporal (IMC) de 44.6 kg/m², que en 2011 fue intervenida quirúrgicamente de un bypass gástrico simplificado. La paciente obtuvo un buen seguimiento ambulatorio con un resultado aceptable en cuanto a pérdida de peso: a los 24 meses el IMC era de 28 kg/m² y el porcentaje

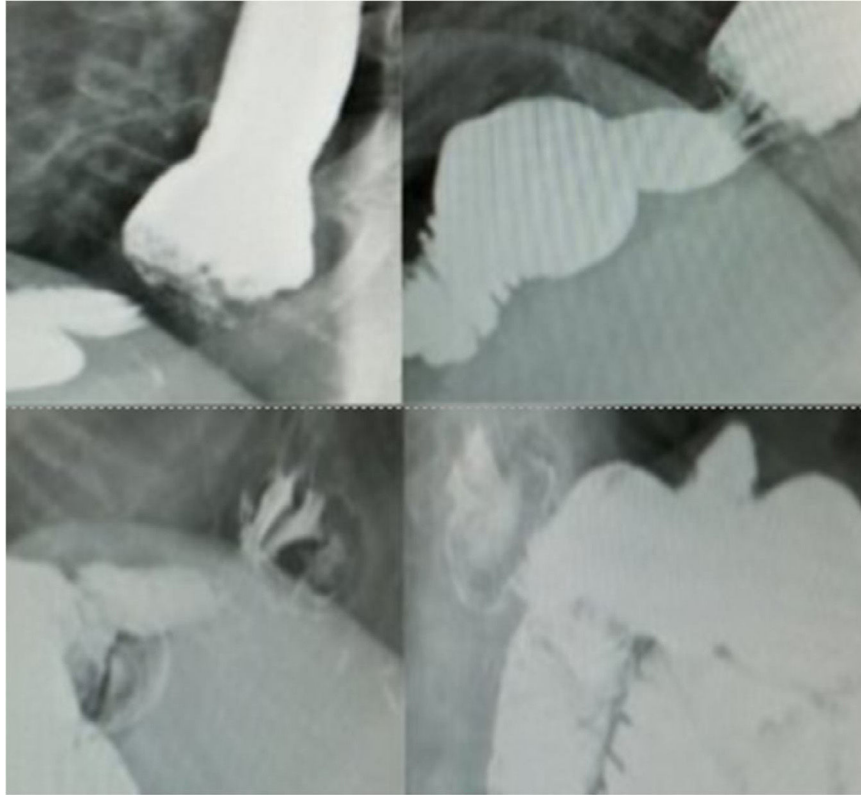


Figura 1 - Tránsito esofagogástrico en el que se evidencia hernia de hiato.

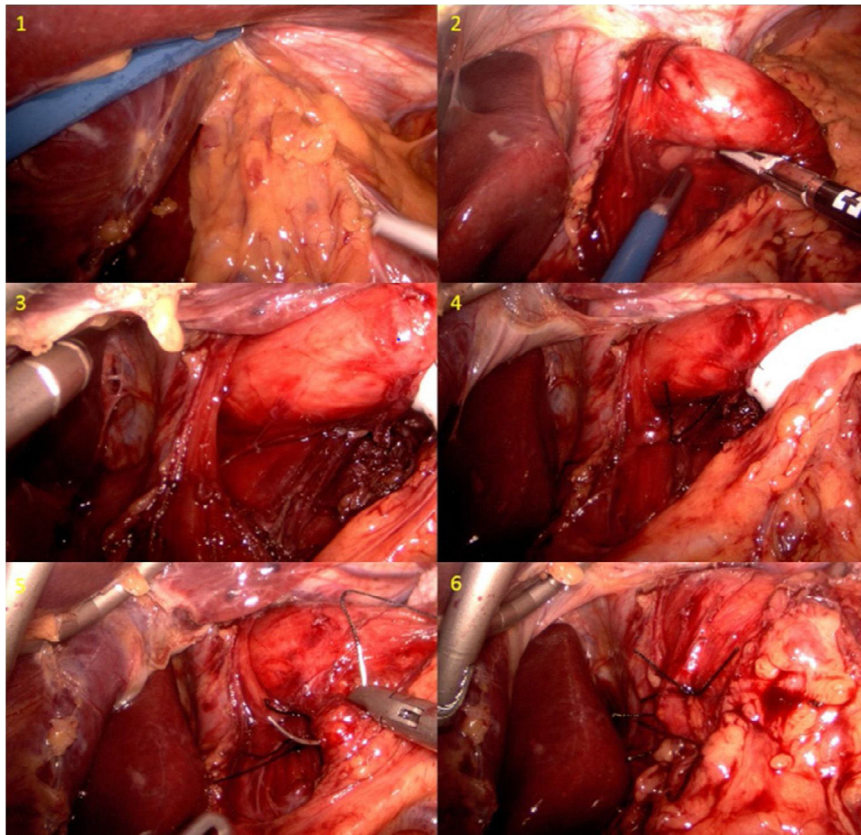


Figura 2 - A) Liberación de adherencias. B y C) Exposición del esófago. D) Cierre de pilares. E y F) Fijación de la curvatura menor a la fascia preaórtica.

del exceso del IMC perdido de 75,76%. No obstante, no experimentó mejoría en cuanto a su ERGE, sino que empeoró (a pesar del tratamiento con inhibidores de la bomba de protones a dosis elevadas): desarrolló una esofagitis péptica grado C, de acuerdo con la endoscopia digestiva, y una hernia de hiato por deslizamiento del muñón gástrico visualizada en el tránsito esofagogastricoduodenal (fig. 1). La pHmetría reveló un reflujo ácido patológico mixto de intensidad muy grave (puntuación de Meester: 60,1 puntos) y la manometría resultó anodina. De acuerdo a sus antecedentes previos y a las pruebas complementarias realizadas, se decidió la intervención quirúrgica mediante gastropexia de Hill laparoscópica (fig. 2). Se realizó liberación de las adherencias del epiplón a la unión esofagogástrica. Tras disección de ambos pilares y la exposición del esófago, se cerraron ambos con 2 puntos de seda de 2/0. Posteriormente, se practicó la fijación de la curvatura menor a la fascia preaórtica mediante de puntos de seda de 2/0. El postoperatorio transcurrió sin incidencias y la paciente recibió el alta hospitalaria con ulterior seguimiento ambulatorio. Tras 24 meses de evolución, la paciente permanece asintomática, sin mostrar signos de reflujo ni en el tránsito esofagogastricoduodenal ni en la pHmetría de control (puntuación de Meester 13,8 puntos). En la endoscopia de control no se evidenciaron lesiones de esofagitis.

El BGYR es la técnica bariátrica más defendida actualmente para pacientes con OM candidatos a cirugía bariátrica con ERGE¹⁻⁴. Son pocos los casos descritos de pacientes que, bajo dicha técnica, presenten empeoramiento de su ERGE⁵. Cuando esto sucede, las posibilidades quirúrgicas se reducen a técnicas no empleadas habitualmente. Basándonos en la descripción clásica de Hill⁷ y en otros trabajos que comparan distintas técnicas antirreflujo⁸, nuestro grupo ha incorporado la gastropexia de Hill en pacientes con OM y ERGE tras BGYR. La gastropexia de Hill no busca crear un mecanismo valvular, sino asegurar que el esfínter esofágico inferior queda infradiaphragmático mediante la fijación de la curvatura menor a la fascia preaórtica⁸. La reparación laparoscópica de Hill muestra una excelente duración a largo plazo, con un 85% de buenos a excelentes resultados, con una mediana de seguimiento de 19 años y una tasa de reintervención inferior al 10%⁹. Recientemente, Sanchez Pernaute et al.¹⁰ mostraron buenos resultados de dicha técnica en pacientes con OM y ERGE candidatos a gastrectomía vertical laparoscópica. A pesar de ser una técnica que ha caído en desuso hoy día, es un recurso técnico que tener en cuenta cuando las técnicas *gold standard* no pueden llevarse a cabo, al tratarse de una técnica sencilla que, aparentemente, no se relaciona con un aumento de las complicaciones postoperatorias.

Conflicto de intereses

Los autores manifiestan no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gorodner V, Viscido G, Signorini F, Obeide L, Moser F. Gastroesophageal reflux disease and morbid obesity: Evaluation and treatment. *Updates Surg.* 2018;70:331-7.
2. Suter M, Dorta G, Giusti V, Calmes JM. Gastroesophageal reflux and esophageal motility disorders in morbidly obese patients. *Obes Surg.* 2004;14:959-66.
3. Lihu G, Bangsheng C, Nannan D, Rongrong F, Xiaoging H, Feiyan M, et al. Relationship between bariatric surgery and gastroesophageal reflux disease: A systematic review and meta-analysis. *Obes Surg.* 2019;29:4105-13.
4. Borbély Y, Kröll D, Nett PC, Moreno P, Tutuian R, Lenglinger J. Radiologic, endoscopic and functional patterns in patients with symptomatic gastroesophageal reflux disease after Roux-en-Y gastric bypass. *Surg Obes Relat Dis.* 2018;14:764-8.
5. Nelson LG, Gonzalez R, Haines K, Gallagher SF, Murr MM. Amelioration of gastroesophageal reflux symptoms following Roux-en-Y gastric bypass for clinically significant obesity. *Am Surg.* 2005;71:950-3.
6. Chen RH, Lautx D, Gilbert RJ, Bueno R. Antireflux operation for gastroesophageal reflux after Roux-en-Y gastric bypass for obesity. *Ann Thorac Surg.* 2005;80:1938-40.
7. Hill LD. An effective operation for hiatal hernia: An 8 year appraisal. *Ann Surg.* 1967;166:681-90.
8. Aye RW, Swanstrom LL, Kapur S, Buduhan G, Dunst CM, Knight A, et al. A randomized multiinstitution comparison of the laparoscopic Nissen and Hill repairs. *Ann Thorac Surg.* 2012;94:951-8.
9. Park Y, Aye RW, Watkins JR, Farivar AS, Louie BE. Laparoscopic Hill repair: 25- year follow-up. *Surg Endosc.* 2018;32:4111-5.
10. Sánchez-Pernaute A, Talavera P, Pérez-Aguirre E, Domínguez Serrano I, Rubio MA, Torres A. Technique of Hill's gastropexy combined with sleeve gastrectomy for patients with morbid obesity and gastroesophageal reflux disease or hiatal hernia. *Obes Surg.* 2016;26:910-2.

Beatriz Estébanez-Ferrero*, Rocío Torres-Fernández, Manuel Ferrer-Márquez, Pedro Sánchez-Fuentes y Elizabeth Vidana-Márquez

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: beatriz987654@hotmail.com (B. Estébanez-Ferrero).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.10.018>

0009-739X/© 2021 AEC. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.