

ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA, A.C.



Migración intratorácica de funduplicatura

Alfaro León, J.M. Raúl; Peña Gómez Portugal, Emmanuel; Hernández Hernández, Honey.

Hospital General Pachuca. Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo



CONGRESO INTERNACIONAL DE
CIRUGÍA ENDOSCÓPICA
DR. ADRIÁN CARBAJAL RAMOS

DEL 1 AL 5 DE MAYO, 2018

BOCA DEL RÍO, VERACRUZ



ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA, A.C.

Migración de la funduplicatura

Alfaro León, J.M. Raúl; Peña Gómez Portugal, Emmanuel; Hernández Hernández, Honey.



Introducción

Material y métodos

Resultados

Resultados

Conclusiones

- Las hernias hiatales se clasifican en 4 Tipos. Para su resolución se han practicado técnicas como Allison, Hill, Belsey Mark IV por vía torácica, Boerema, Nissen, Nissen Rosseti, Toupet, Dor, etc. Desarrolladas en su mayoría por vía laparoscópica. Su meta es la reducción del proceso herniario, técnica anti-reflujo incrementando el ángulo de His o con rodete gástrico y sutura de los pilares simples, en U, protegidos con teflón o tira de malla, surgete continuo y actualmente con técnica de libre tensión con aplicación de malla anterior, posterior, sobre incisión de relajación o malla total rodeando al esófago. Se reportan recidivas en la plastia laparoscópica hasta del 42%, aduciendo que los puntos sobre los pilares no son sobre tejido tendinoso además de la excesiva tensión cuando el defecto es amplio y la posible existencia de esófago corto. La plastia con malla ha reducido las recidivas. Existen posibles complicaciones graves (menores al 2%) como disfagia por fibrosis, fistula gastroesofágica, migración de malla y perforación esofágica tardía.
- El objetivo del presente es analizar la recidiva herniaria que frecuentemente ocurre en grandes series internacionales sobre todo en pacientes operados laparoscópicamente, dando al final sugerencias para evitar el incidente según lo comentan los expertos.



DEL 1 AL 5 DE MAYO, 2018

CONGRESO INTERNACIONAL DE
CIRUGÍA ENDOSCÓPICA
DR. ADRIÁN CARBAJAL RAMOS

BOCA DEL RÍO, VERACRUZ



ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA, A.C.

Migración de la funduplicatura

Alfaro León, J.M. Raúl; Peña Gómez Portugal, Emmanuel; Hernández Hernández, Honey



Introducción

Material y métodos

Resultados

Resultados

Conclusiones

- Se reporta paciente del género femenino de 44 años de edad. Fue protocolizada con endoscopía el 25/11/09 que reportaba hernia hiatal tipo III y gastritis por HP. Phmetría el 24/11/09 con puntaje de 33.5 y manometría el 24/11/09 con incompetencia del EEI dando presión de reposo de 6.6 y residual de -1.5, sometida a plastia hiatal laparoscópica por grupo de expertos de cirugía extramuros el 17 de julio del 2010, reportando reducción de hernia para-esofágica, plastia hiatal tipo Nissen y afrontamiento de pilares con puntos GEA. Dos años después el 21/03/12 por disfagia y en CE de Gastroenterología se realiza una pan-endoscopía señalando estenosis de la unión gastroesofágica del 30% e “inversión” del estómago sobre la funduplicatura y 7 meses después el 18/10/12 manifestaba por endoscopía funduplicatura ya no competente. En abril del 2013 es vista por primera vez en cirugía, manifestando disfagia progresiva y odinofagia, agregándose pérdida de peso, solicitándole SEGD en la que se mostraba migración torácica de la funduplicatura. El 17/05/13 una vez completado protocolo y contando con malla bicapa y engrapadora lineal se programó para reducción trans-torácica.



DEL 1 AL 5 DE MAYO, 2018

CONGRESO INTERNACIONAL DE
CIRUGÍA ENDOSCÓPICA
DR. ADRIÁN CARBAJAL RAMOS

BOCA DEL RÍO, VERACRUZ



ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA, A.C.

Migración de la funduplicatura

Alfaro León, J.M. Raúl; Peña Gómez Portugal, Emmanuel; Hernández Hernández, Honey



Introducción

Material y métodos

Resultados

Resultados

Conclusiones

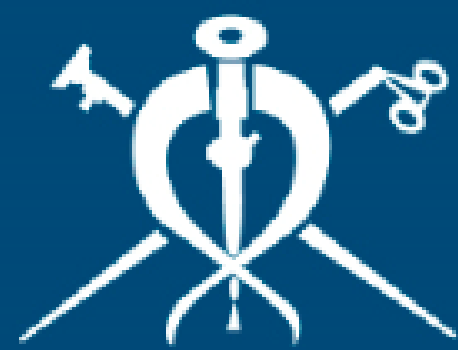
- La cirugía se llevó a cabo el 11/07/13 mediante toracotomía postero-lateral izquierda, se ingresó a cavidad pleural, se identificó estómago intra-torácico se incidió pleura mediastinal y se liberó estómago de aorta, pericardio y diafragma, resecando granuloma, reportado histopatológicamente como tal, se redujo estómago a cavidad abdominal realizando fijación tipo Belsey Mark IV con puntos en U y el defecto amplio de los pilares se cubrió con malla bicapa suturándola a diafragma, no siendo necesario el desmantelamiento de la plastia previa ni alargamiento esofágico mediante maniobra de Collis. A las 24 horas del PO se le solicitó trago de hidrosoluble mostrando estómago intra-abdominal, se inició dieta al 2° día y se egresó al quinto. Un mes después se tomó SEGD reportada como normal. La última consulta le fue proporcionada el 31 de marzo del 2014, sin referir pirosis, disfagia u odinofagia.



DEL 1 AL 5 DE MAYO, 2018

CONGRESO INTERNACIONAL DE
CIRUGÍA ENDOSCÓPICA
DR. ADRIÁN CARBAJAL RAMOS

BOCA DEL RÍO, VERACRUZ



ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA, A.C.

Migración de la funduplicatura

Alfaro León, J.M. Raúl; Peña Gómez Portugal, Emmanuel; Hernández Hernández, Honey



Introducción

Material y métodos

Resultados

Resultados

Conclusiones



Figura 1. SEGD preoperatoria.



Figura 2. SEGD preoperatoria.



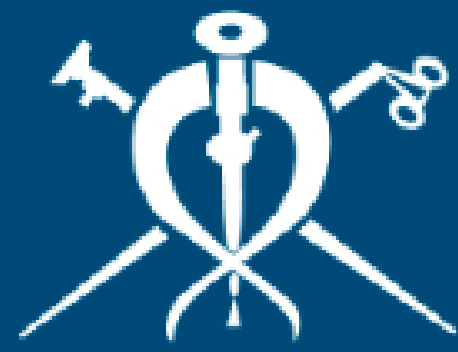
Figura 3. SEGD postoperatoria



DEL 1 AL 5 DE MAYO, 2018

CONGRESO INTERNACIONAL DE
CIRUGÍA ENDOSCÓPICA
DR. ADRIÁN CARBAJAL RAMOS

BOCA DEL RÍO, VERACRUZ



ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA, A.C.

Migración de la funduplicatura

Alfaro León, J.M. Raúl; Peña Gómez Portugal, Emmanuel; Hernández Hernández, Honey



Introducción

Material y métodos

Resultados

Resultados

Conclusiones

- Cada vez es más frecuente la plastia hiatal laparoscópica en la mayoría de los hospitales de nuestro país, sin embargo, no se cuenta con seguimiento a largo plazo (sobre todo con controles radiológicos) ni tampoco con estadísticas que reporten incidencias de recidivas o de otras complicaciones. Aunque en forma general se recomienda el abordaje abdominal laparoscópico para la reparación de la recidiva, se optó por la vía torácica abierta por considerarlo adecuado al caso ya que existía la posibilidad de alargar el esófago y por contar con cirujano de tórax. De haberse abordado trans-abdominal lo cual en ocasiones es un verdadero reto, consideramos útiles los puntos de Gutiérrez Samperio (puntos anti-tensionales para el afrontamiento de los pilares) o la colocación de malla de preferencia circunferencial, y de ser posible la fijación al ligamento arcuato o acompañarla de gastrostomía, o gastropexia a la pared y se ha recurrido en caso de recidivas frecuentes y en pacientes obesos, al desmantelamiento de la plastia y Bypass gastro-yeyunal.



DEL 1 AL 5 DE MAYO, 2018

CONGRESO INTERNACIONAL DE
CIRUGÍA ENDOSCÓPICA
DR. ADRIÁN CARBAJAL RAMOS

BOCA DEL RÍO, VERACRUZ