

MÓDULO I. TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES ASOCIADAS A CIRUGÍA ANTIRREFLUJO

Disfagia persistente

Dr. Francisco Rafael Torres Violante

Introducción

La funduplicatura nissen laparoscópica (FNL) es una opción terapéutica en la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), controla los síntomas en 85-90% de los casos. Seguimiento de más de 10 años corroboran su eficacia y su seguridad.

La disfagia y algunos otros efectos del postoperatorio (PO) han provocado una disminución en su aceptación. La disfagia transitoria se presenta en las primeras 6 semanas del postoperatorio, 3-30% de los casos es persistente y se observa después de las 6 semanas de postoperatorio.

Estudios *versus* esomeprazol muestran prevalencia de disfagia postoperatoria (DPO) 10-12%, siendo moderada a severa del 2-3% *versus* 2-3% con TxMx. La disfagia preoperatoria y la reconstrucción hiatal son reconocidas como factores principales en la disfagia postoperatoria. La disfagia preoperatoria ha sido identificada como el más significativo factor de riesgo para disfagia postoperatoria. Es evidente que la longitud, tensión, reparación crural y disección esofágica juegan también un papel importante.

La disfagia postoperatoria es un problema complejo, y la más común complicación de la funduplicatura Nissen, por lo que se han hecho extensos estudios con la intención de determinar factores de riesgo predictivos que puedan contribuir a disminuir su presentación. He aquí la compilación de los cinco estudios más recientes e importantes que se han publicado.

Manejo de las complicaciones postoperatorias de la funduplicatura Nissen

La perspectiva del cirujano realizado en el 2009, en donde se incluyen 301 pacientes de los cuales el 3.65% desarrollaron algún grado de disfagia. Tres de ellos respondieron a dilataciones, y los ocho restantes requirieron frecuencia de pulso (FP) de 180 G.

Recomendaciones en disfagia temprana

Dilataciones con balón postoperatorio x 3 m, de no mejorar probar 3 meses más con dilataciones seriadas.

Prevención de disfagia

Nissen clásico con disección mediastinal alta, ligadura de vasos cortos, ventana retroesofágica amplia y fundo flojo y amplia.

Disfagia postfunduplicatura

Comúnmente en esfínter esofágico inferior (EEI) hipertenso más que en pobre motilidad esofágica (ME), 14 pacientes: 10 femeninos (71.4%) y 4 masculinos (28.6%). Edad promedio 59 años. Factor de inclusión postoperatorio de FNL con disfagia como síntoma único o dominante en postoperatorio. A todos se les efectuó motilidad esofágica. Análisis estadístico por la χ^2 .

La motilidad esofágica se realizó a los 14 pacientes con DPO, así como a 25 pacientes con postfunduplicatura Nissen laparoscópica (POFNL) asintomáticos y 17 pacientes voluntarios asintomáticos. Presión de relajación de esfínter esofágico inferior (EEI) con disfagia 16.8, asintomáticos 11.1, voluntarios 10.6; dos factores principales para DPO.

Anormalidades anatómicas de la unión gastroesofágica (UEG); aumento de la presión en la UEG (falla en la relajación del EEI). Disfagia preoperatoria, sexo femenino. Dismotilidad del cuerpo esofágico y presión del bolo.

Predictibilidad de disfagia postfunduplicatura Nissen laparoscópica; 90 pacientes, todos con larga historia de ERGE y Tx con inhibidor de la bomba de protones (IBP). Protocolo con endoscopia, ph-metría, manometría, ERGE sintomática a pesar de TX ideal y de larga evolución.

Complicaciones de ERGE; mala calidad de vida. Todos los pacientes fueron sometidos a un cuestionario y a preguntas sencillas. En el preoperatorio, 1 s, 6 s y 3 m postoperatorio. Este estudio investiga la relación entre la disfagia subjetiva y la percibida en postoperatorio de funduplicatura completa de Nissen (FPN). El grado subjetivo de disfagia como el percibido, puede ser altamente predictible de acuerdo con la personalidad del paciente.

Pacientes con bajas expectativas respecto al TxQx tienen un porcentaje significativamente más alto de disfagia.

Mecanismo de la disfagia después de funduplicatura Nissen dos grupos de pacientes, 18 pacientes con disfagia persistente que requirieron reintervención; 18 pacientes de diferente edad y sexo sin disfagia y postoperatorio de FPN. Protocolo: esofagograma, endoscopia, ph-metría de 24 horas, manometría, peristalsis del cuerpo esofágico con la ingesta y vacío, presión del EEI con la ingesta y basal, porcentaje de relajación del EEI con la ingesta, antes y después de la cirugía FP 270 G.

Encargado del Departamento de Cirugía Nutricional del Hospital Regional No. 6 del IMSS, Profesor Titular de la Especialidad de Cirugía General.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en: <http://www.medigraphic.com/cirujanogeneral>

Los pacientes con disfagia persistente después de FPN tienen presión basal del EEI más alta, relajación del EEI incompleta y presión de relajación residual más alta.

La reducción de la presión de relajación residual y en consecuencia lograr la relajación completa del EEI juegan un papel principal en el control de la disfagia persistente postoperatoria.

Mecanismo fisiológico y predicción preoperatoria de disfagia después de funduplicatura Nissen laparoscópica 163 pacientes con Dx de ERGE por ph-metría de 24 horas. Edad 15-78; media 48 años, 119 hombres y 44 mujeres, TxQx estandarizada, seguimiento hasta 14 meses, aparición de disfagia hasta por 6 meses. Todos con esofagograma, endoscopia, ph-metría, manometría, variables como edad y sexo. Este estudio por primera vez demuestra que las alteraciones en los parámetros fisiológicos preoperatorios del EEI juegan un papel principal en el desarrollo de disfagia.

Las características del EEI como son la presión basal, la presión de relajación y la relajación incompleta, son factores de riesgo conocidos para desarrollar disfagia postoperatoria.

Conclusiones

Pacientes con altas expectativas de mejoría con la cirugía tuvieron menos disfagia que aquellos que consideraban la suerte, el azar o el control externo como factores de éxito. Los resultados fueron altamente significativos.

El grado subjetivo de disfagia, como el percibido, puede ser altamente predictible de acuerdo con la personalidad del paciente. Pacientes con bajas expectativas respecto al TxQx tienen un porcentaje significativamente más alto de disfagia. Dos factores principales para DPO: anormalidades anatómicas de la UEG y aumento de la presión en la UEG (falla en la relajación del EEI). Disfagia preoperatoria, sexo femenino.

Los pacientes con disfagia persistente después de FPN tienen: presión basal del EEI más alta, relajación del EEI incompleta y la presión de relajación residual más alta. La reducción de la presión de relajación residual, y en consecuencia lograr la relajación completa del EEI, juegan un papel principal en el control de la disfagia persistente postoperatoria.

Este estudio por primera vez demuestra que las alteraciones en los parámetros fisiológicos preoperatorios del EEI juegan un papel principal en el desarrollo de disfagia. Las características del EEI como son: la presión basal, la presión de relajación y la relajación incompleta, son factores de riesgo conocidos para desarrollar disfagia postoperatoria.

Referencias

1. *J Gastrointest Surg* 2009; 13: 602-610.
2. *Gastroenterology* 2012: 118.
3. *American Journal Gastroenterology* 2000: 95.
4. *Surgery* 2012: 152.
5. *Annals of Surgical Innovation and Research* 2009: 3.