



Maniobra «Vargas» para un acceso retroesofágico rápido y seguro en las técnicas de funduplicatura laparoscópica

Arcenio Vargas Ávila,* Fernando Palacio Vélez,** Modesto Ayala Aguilar,* Antonio Castro Mendoza,* Enrique García-Guzmán,*** Luis Mario Aragón Sánchez***

Resumen

Se reporta maniobra relacionada con la disección posterior del esófago con paso fácil de la pinza disectora hacia el lado izquierdo, lo cual reduce el tiempo operatorio y da seguridad a la disección.

Palabras clave: Esófago, disección, operación antirreflujo, maniobra original.

Abstract

It is reported a new maneuver related with the dissection of the posterior portion of the esophagus, introducing in an easy way the forceps to its left portion, which reduces operating time with a safe dissection.

Key words: Esophagus, dissection, antireflux surgery, original maneuver.

INTRODUCCIÓN

La cirugía antirreflujo, a partir del advenimiento de la cirugía laparoscópica, es una de las intervenciones quirúrgicas más realizadas en hospitales de tercer nivel, convirtiéndose en el «estándar de oro» la operación de Nissen.¹

La perforación del esófago como complicación de este tipo de cirugía, ocurre, dependiendo de la serie, en un porcentaje del 1% o menos,² así como la perforación gástrica que ocurre en el 0.66% o menos,³ siendo la del esófago una de las más catastróficas con una mortalidad de entre el 10 y 25% cuando la terapia se inicia durante las primeras 24 horas y se incrementa hasta un 40 a 60% cuando se inicia posterior a 48 horas. Sin embargo, la baja incidencia

de esta condición, lo que conduce a que no se piense en ella, retrasa en más del 50% de los casos el diagnóstico² y sucede generalmente en la disección de la pared posterior del esófago, pasando a veces inadvertida durante el acto quirúrgico por no ser fácilmente visible.³

La maniobra que describiremos tiene como objetivo facilitar la mencionada disección, haciéndola más segura y acortando los tiempos quirúrgicos. No hay antecedentes de una publicación relacionada con esta maniobra, razón por la cual le pusimos el nombre del autor.

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde hace dos años, los cirujanos que realizamos operaciones antirreflujo hemos intervenido a 54 pacientes de funduplicatura tipo Nissen-Rossetti, durante las cuales se realizó la maniobra mencionada (*Figuras 1 a 9*).

Descripción de la técnica quirúrgica:

1. Se realiza neumoperitoneo en la forma convencional.
2. Se colocan cuatro trócares de 5 mm de diámetro:
 - a. Transumbilical para la cámara.
 - b. Subxifoideo para el separador de hígado.
 - c. Subcostal izquierdo a nivel de la línea medio clavicular.
 - d. Subcostal derecho a nivel de la línea axilar anterior.

* Cirujano General.

** Jefe de Servicio de Cirugía General.

*** Residente de Cirugía General.

Servicio de Cirugía General. Hospital Regional «General Ignacio Zaragoza» ISSSTE, México, D.F.

Correspondencia:

Arcenio Vargas Ávila

Av. General Ignacio Zaragoza Núm. 1711,
Col. Ejército Constitucionalista,
Del. Iztapalapa. 09220.
Tel. 57165200 ext. 16799
México, D.F.

3. Se inicia la disección en el epiplón menor justo en el ligamento gastro-hepático zona, conocida como *pars flácida* del epiplón menor hasta exponer el pilar derecho.

4. Se inicia la disección de la membrana frenoesofágica para la exposición del hiato y liberación del esófago, torácico y abdominal; en caso necesario, reducción del estómago herniado.

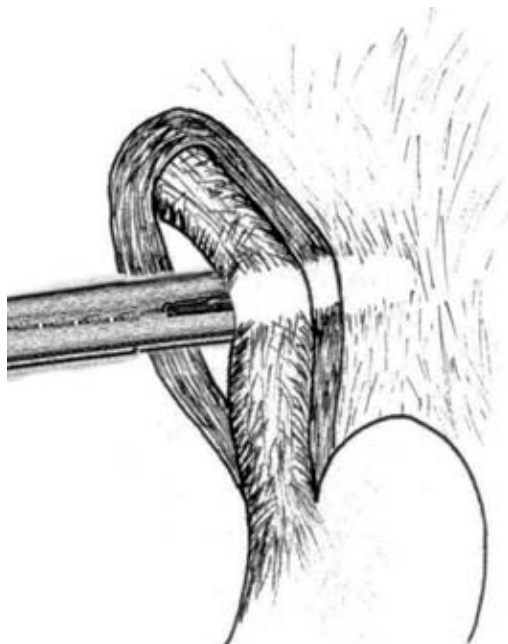


Figura 1. Paso de pinza de Babcock de derecha a izquierda por detrás del esófago, del pilar izquierdo y del hemidiafragma izquierdo.

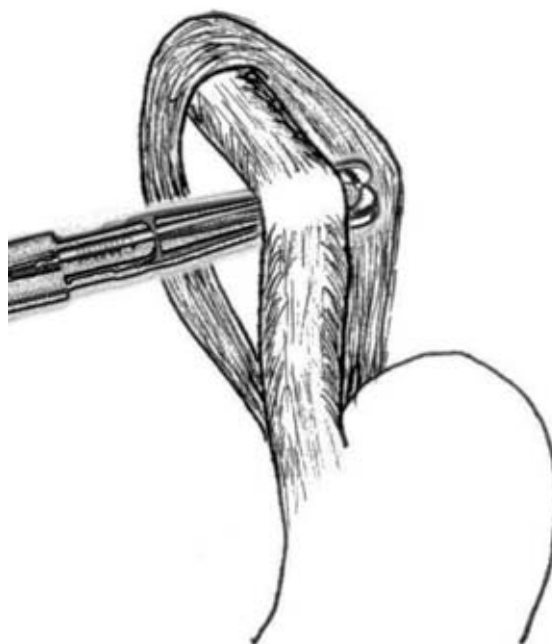


Figura 3. Protrusión de la punta de la pinza de Babcock en la unión del esófago y el pilar izquierdo, la cual se abre para romper el tejido laxo.

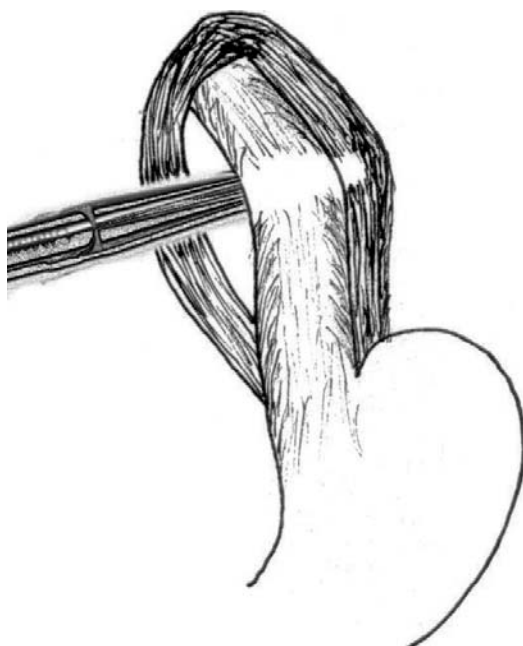


Figura 2. Punta de la pinza de Babcock muy cerca de la unión del esófago con el pilar izquierdo.

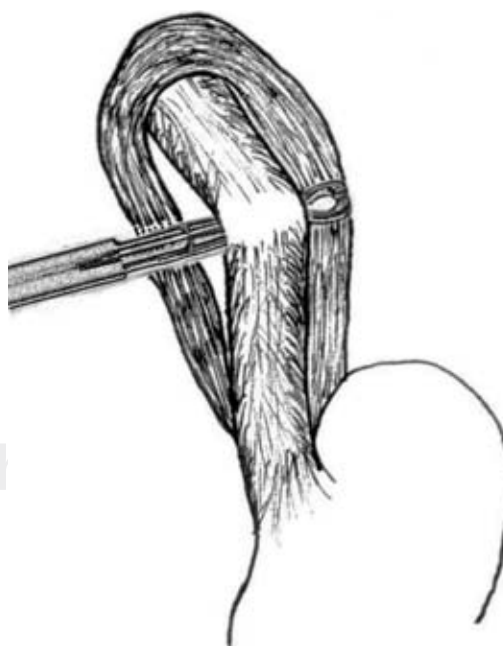


Figura 4. Paso de la pinza de Babcock completamente por detrás del esófago.

5. Movilización del fondo gástrico.
6. Antes de iniciar la disección retroesofágica se debe realizar una disección adecuada de los pilares tanto del derecho como del izquierdo.³



Figura 5. Pequeña ventana retroesofágica vista desde el lado derecho del túnel.

7. Se levanta el esófago con pinza de Babcock de 5 mm que se tiene tomada con la mano izquierda.
8. Se pasa dicha pinza de derecha a izquierda por detrás del esófago, identificando el espacio posterosuperior del pilar izquierdo; se desplaza lentamente la pinza en sentido cefalocaudal hasta que se insinúe entre el

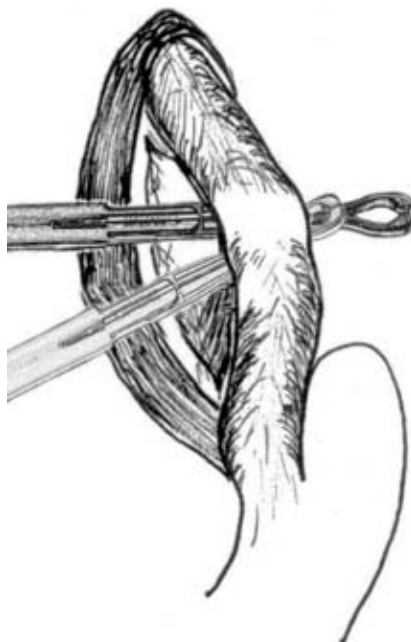


Figura 7. Ventana retroesofágica completa.



Figura 6. Ampliación de la ventana retroesofágica que se obtiene con la ayuda de otra pinza de Babcock pasada desde el lado derecho y deslizando caudalmente.

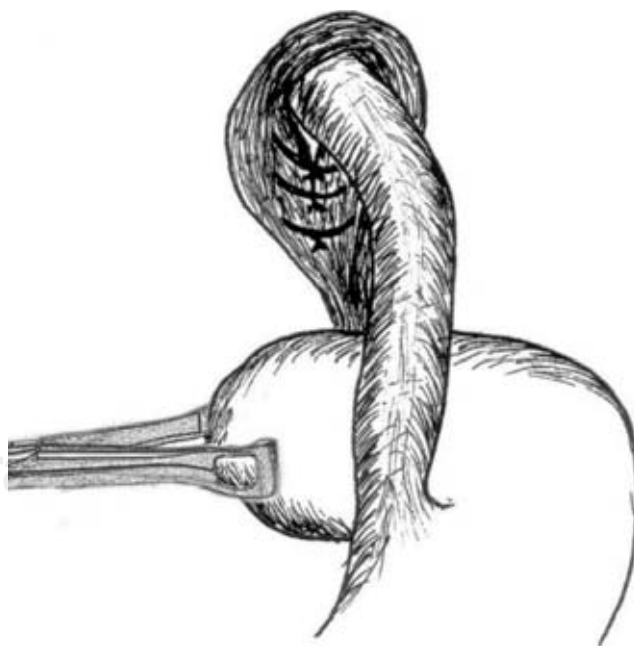


Figura 8. Paso del fondo gástrico a través del espacio retroesofágico, previo cierre de los pilares.



Figura 9. Toma de ambos bordes gástricos con una sola pinza de Babcock, para facilitar la colocación de los puntos para la funduplicatura.

pilar izquierdo y el esófago, sitio a través del cual se exterioriza la punta cerrada de la pinza, por la cara anterior del pilar izquierdo, produciéndose un brinco al terminar el deslizamiento por el pilar. Para esta maniobra es necesario que la cámara permita observar siempre el pilar izquierdo del diafragma. Terminada esta maniobra, se abre la pinza de Babcock para crear una ventana, tiempo que se facilita introduciendo otra pinza de Babcock (la de la mano derecha), la cual, se desliza en sentido caudal para ampliar dicha ventana al tamaño requerido.

9. Se cierran los pilares si fuese necesario.³

10. Se pasa el fondo gástrico a través del espacio retroesofágico para realizar la funduplicatura (Figura 8).³
11. Como maniobra adicional y para facilitar la funduplicatura de 360°, con la pinza de Babcock que se tiene en la mano izquierda se toman ambos bordes del fondo gástrico envolviendo completamente al esófago para facilitar la colocación de los puntos de la funduplicatura (Figura 9).³
12. Se realiza fijación de la porción funduplicada al pilar derecho del diafragma.³

RESULTADOS

En ninguno de los 54 casos tenemos complicaciones (estenosis, perforación) ni problemas del vaciamiento gástrico, lo cual se ha documentado en todos los casos con la realización de tránsito esófago-gástrico en los primeros días del postoperatorio utilizando material de contraste hidrosoluble en posición de pie.

DISCUSIÓN

Aunque convencionalmente las técnicas para la funduplicatura están perfectamente descritas,^{4,5} esta maniobra que hemos diseñado modifica únicamente el acceso retroesofágico, lo cual permite que todo cirujano la pueda realizar, ya que ésta se reproduce en forma muy sencilla, independientemente de la técnica de funduplicatura que se tenga planeada o con la que se esté familiarizado.

A todos los pacientes se les realizó control radiológico con medio de contraste hidrosoluble a las 24-48 h de la cirugía con la finalidad de confirmar el paso adecuado del medio de contraste, descartar fugas, además de comprobar adecuado vaciamiento gástrico.

CONCLUSIONES

La maniobra es: Técnicamente segura. Fácilmente reproducible. Muy rápida y disminuye el tiempo quirúrgico.

REFERENCIAS

1. DeVault KR, Castell DO. Updated guidelines for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol* 2005; 100: 190-200.
2. Carrillo ER, Elizondo AS, Sánchez ZMJ, López MA, Carrillo CJR. Perforación esofágica y mediastinitis secundarias a funduplicatura laparoscópica tipo Nissen. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Fac Med UNAM* 2008.
3. Castillejos BDJ, Domínguez VB, Mariño BA, Vélez MMA, Guerrero VF. Técnica quirúrgica de la funduplicatura en «V» por laparoscopia. *Rev Mex Cir Endosc* 2007; 1.
4. Collet D, Cadiere GB. Conversions and complications of laparoscopic treatment of gastroesophageal reflux disease. Formation for the development of laparoscopic surgery for gastroesophageal reflux diseases. *Am J Surg* 1995; 169: 622-6.
5. Zinner MJ. *Maingot's abdominal operations*. Appleton & Lange Stamford, CT, 1997.