



Servicio de Cirugía General y Digestiva

Área de cirugía esofago-gástrica e intestino delgado

**Hernia de Hiato.
Cirugía laparoscópica antireflujo**

**Dr. Emilio Vicente López
Dra. Yolanda Quijano Collazo**

**Dr. Hipólito Durán Giménez-Rico
Dr. Eduardo Díaz Reques
Dra. Isabel Fabra Cabrera
Dr. Ramón Puga Bermúdez
Dr. Benedetto Ielpo**



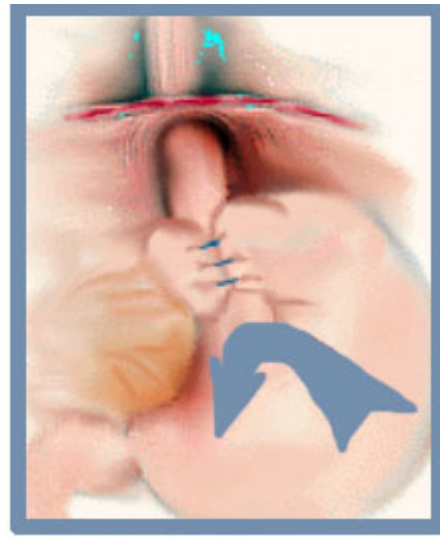
Hospital Madrid-Norte-Sanchinarro

Docencia

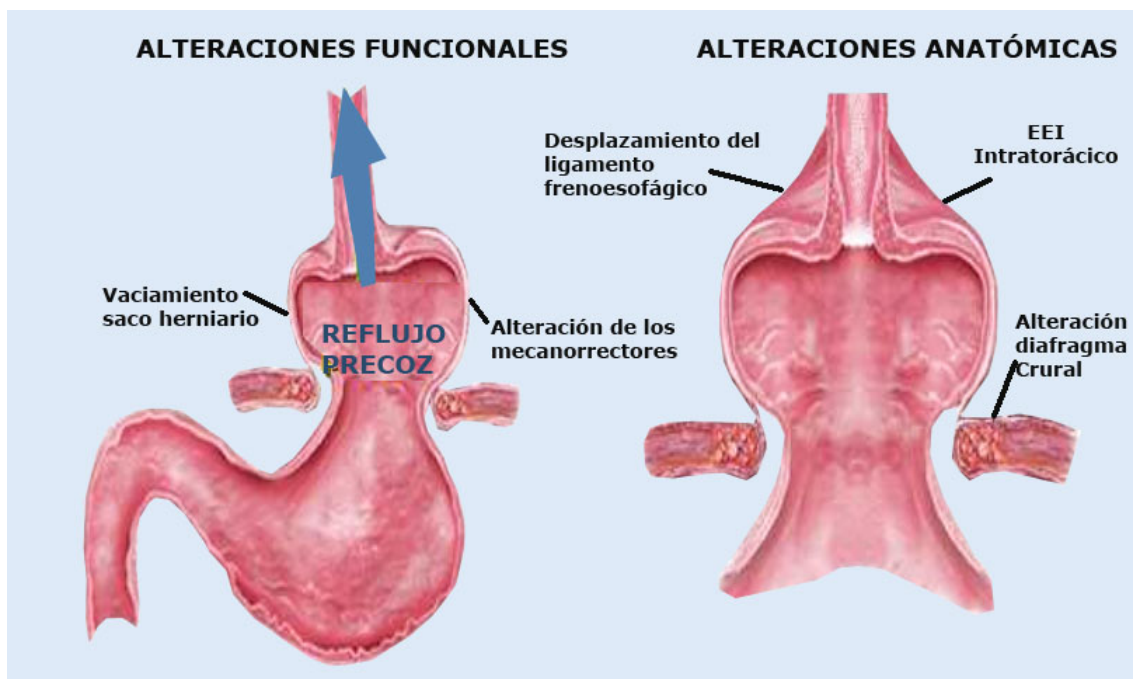
CIRUGIA LAPAROSCÓPICA ANTIRREFLUJO



Reflujo



Cirugía de NISSEN



¿Qué es la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (E.R.G.E.)?

El reflujo gastroesofágico (RGE) es el paso del contenido ácido del estómago hacia el esófago y se debe a un fallo de la válvula que separa ambos órganos, llamada esfínter esofágico inferior (E.E.I.). El "ardor" o "quemazón" por detrás del esternón, que en términos médicos se conoce como pirosos, es el síntoma más frecuente del RGE.

Los ácidos gástricos, al subir por el esófago, producen el ardor por detrás del esternón que puede llegar hasta el cuello. Otros síntomas pueden ser tos crónica con ronquera, vómitos frecuentes y afectación crónica de la garganta (incluso muchos pacientes son diagnosticados en la consulta del otorrino).

¿Cuáles son las causas de RGE?

Cuando se come, el alimento pasa de la boca al estómago a través del esófago. El E.E.I. es una válvula que separa el esófago del estómago impidiendo que los jugos gástricos "suban" al esófago. Cuando por cualquier causa este esfínter se altera, los ácidos gástricos pasan al esófago de forma descontrolada produciendo el R.G.E..

Las causas de una alteración del E.E.I. son múltiples siendo la más frecuente una hernia hiatal, sin embargo el tener una hernia hiatal no significa que vaya a existir R.G.E, incluso se puede tener R.G.E. sin hernia de hiato.

Hay pacientes que por su constitución o de nacimiento tienen una alteración en el funcionamiento del E.E.I.. También hay condiciones externas que alteran el E.E.I. como por ejemplo el alcohol, tabaco, ejercicios vigorosos..., etc.

¿Cómo se trata la E.R.G.E.?

Hay que seguir tres pasos sucesivos:

- a) Cambios en la vida habitual
- b) Tratamiento con medicamentos
- c) Cirugía

a) Cambios en la vida habitual

-Comidas de fácil digestión evitando en todo momento los irritantes como el alcohol, picantes, café y comidas copiosas.
-Evitar el tabaco y la obesidad. Es aconsejable el ejercicio suave
-Levantar la cabecera de la cama 20 cm.. Por la noche es cuando más episodios de reflujo se producen. Nunca se debe uno de acostar al finalizar la comida o cena, hay que esperar 60-90 minutos a que se realice "la digestión".

b) Tratamiento con medicamentos

En la actualidad el fármaco más empleado es el omeprazol y sus derivados. Con dicho fármaco se inhibe la producción de ácido en el estómago y por consiguiente, se disminuye la agresión al esófago. También, al disminuir los ácidos gástricos, el esfínter esofágico inferior funciona mejor.

Se pueden asociar otros fármacos para acelerar el vaciamiento esófago-gástrico, pero siempre deben ser consultados con su cirujano o especialista en aparato digestivo.

c) Cirugía

Aquellos pacientes que no responden al tratamiento médico o bien no lo pueden seguir, son subsidiarios de cirugía, ya que en el 90% de los casos se va a solucionar el R.G.E. con la cirugía.

¿Cómo se realiza la cirugía antirreflujo por laparoscopia?

En primer lugar hay que saber que tanto la cirugía por laparoscopia como la cirugía abierta convencional, son la misma, lo que varía es la forma de abordaje para llevarla a cabo. Mientras que en la cirugía abierta se realiza una incisión en la piel abdominal grande (de unos 20 cm.), en la cirugía laparoscópica se realizan pequeñas incisiones (entre 0,5 y 1 cm) a través de las cuales introducimos una cámara de TV para poder ver a través de un monitor las vísceras abdominales y realizar la cirugía con pequeños instrumentos que se introducen por los otros orificios creados.

Lo que se repara o sustituye es el esfínter esofágico Inferior (E.E.I.), esto se logra rodeando al esófago con el estómago "a modo de una corbata", así ajustamos el estómago para que ejerza de EEI e impida que los ácidos gástricos suban al esófago.

Toda la operación se realiza bajo anestesia general e introduciendo gas (CO2) dentro del abdomen. Así se logran ver todas las vísceras por medio de la cámara de TV. realizando la intervención sin tener que practicar ninguna incisión grande en la piel.

Los resultados varían según el tipo de intervención y del estado general del enfermo, pero las principales ventajas son:

- Menor dolor postoperatorio
- Menor estancia en el hospital
- Rápida tolerancia a los alimentos.
- Rápida instauración del funcionamiento intestinal
- Rápida recuperación en la actividad normal.
- Mejores resultados estéticos junto con menor índice de hernias o problemas en las heridas.

¿Es usted candidato a una Cirugía laparoscópica antirreflujo?

Las pruebas que se le realicen (endoscopia, pHmetría y manometría), indicaran el tratamiento más apropiado para cada paciente. Debe ser el cirujano quien indique cuál es la técnica más indicada en cada caso ya que cada paciente es distinto

¿Hay que hacerse pruebas especiales antes de la intervención?

Además del un estudio preoperatorio normal (análisis, radiografía de tórax, electrocardiograma e informe de anestesia), hay tres pruebas que se deben de realizar siempre ,ya que nos indicaran si hay indicación quirúrgica y la técnica quirúrgica a emplear:

- a) Endoscopia digestiva alta
- b) Manometría Esófago-gástrica
- c) PHmetría Esófago-gástrica

a) Endoscopia digestiva alta

Consiste en ver por dentro el esófago y el estómago. Esto se logra introduciendo un tubo por la boca (El paciente está sedado) para ver si existe daño en el esófago (esofagitis), si hay hernia de hiato y si está presente la bacteria *Helicobacter pylori* en el estómago.

b) Manometría

Con una sonda fina introducida por la nariz, se miden los movimientos esofágicos y gástricos así como el estado del esfínter esofágico Inferior. Así conseguimos saber qué técnica quirúrgica antirreflujo vamos a realizar.

c) PHmetría

Nos indica el grado de reflujo ácido que existe y el numero de veces que ocurre a lo largo del día.

¿Cómo se realiza una intervención Antirreflujo por Vía laparoscópica?

El término cirugía laparoscópica se refiere a la forma con que el cirujano accede a la cavidad abdominal. Se insufla el abdomen con gas (CO2) para así poder introducir dentro del abdomen una cámara de TV junto con los instrumentos necesarios para reparar el RGE. La intervención se realiza mirando un monitor que nos muestra las imágenes de la cámara de TV introducida en el abdomen. Una vez que el estómago y la parte final del esófago son liberadas, se rodea el esófago con el estómago anudándose el estómago "a modo de una corbata". Así ajustaremos lo necesario para evitar que los ácidos suban del estómago al esófago

¿Qué ocurre si la operación no se puede realizar por laparoscopia?

Se realizará por vía abierta a través de una incisión en la región abdominal. No es una complicación de la cirugía laparoscópica, es una decisión que toma su cirujano para asegurar la técnica más adecuada o indicada en cada paciente. La decisión de convertir en cirugía abierta se basa en la seguridad para el paciente.

¿Qué ocurre después de la cirugía?

Dependiendo del paciente y del tipo de intervención, pasará a una unidad de vigilancia intensiva o bien a una unidad de vigilancia intermedia antes de ser enviado a su habitación.

Estará unas horas con una sonda por la nariz hasta que las náuseas desaparezcan. Esta sonda evita complicaciones precoces. En ocasiones no es necesario colocarla.

Iniciará la ingesta de líquidos a las 24 hs de la intervención y si la tolerancia es buena, tomará purés a las 48-72 hs.

Tomará alimentos en forma de puré durante 15 días para ir acostumbrándose a la nueva situación de forma progresiva, ya que en los primeros días el paciente puede notar cierta dificultad para tragar o que se "atasca" con alimentos sólidos secos como la carne y el pan

Podrá levantarse el mismo día de la intervención y, cuando pueda andar de forma normal se le enviará a su domicilio.

Si la reparación a sido por laparoscopia, podrá iniciar vida normal (salvo ejercicios físicos) en 7-10 días.

Acudirá a consulta para retirar puntos de piel en 10 días la 2ª revisión será a los 15 días y entonces será informado acerca de las sucesivas visitas.

¿Qué complicaciones pueden ocurrir?

Son raras, pero complicaciones como la hemorragia y la infección tanto dentro como fuera del abdomen pueden ocurrir. También se pueden lesionar órganos internos como esófago, estómago o bazo.

Pueden ocurrir fenómenos trombo-embólicos a pesar de que se den medicamentos preventivos.

Es importante reconocer precozmente las complicaciones para tratarlas lo más urgentemente posible.

¿Cuándo llamar a su cirujano?

- Fiebre superior a 38° o escalofríos
- Hemorragia por heridas.
- Intolerancia a los alimentos (líquidos y purés).
- Náuseas y vómitos que no ceden o tienen sangre, o deposiciones oscuras con sangre.
- Dolor abdominal que va en aumento o hinchazón del abdomen.
- Imposibilidad para orinar.
- Enrojecimiento o supuración de las heridas.
- Síntomas respiratorios, como tos persistente o dolor costal.



Teléfono Hospital: +34 91 756 78 00.

**Teléfono Consultas externas:
+34. 91 756 79 00 / 902 10 74 71.**

**Teléfono Consultas Cirugía General:
+34 91 756 79 00. Ext: 4136.**

Fax: +34 91 750 04 55

<http://www.cirugiasanchinarro.es>

email: cirugiasanchinarro@hospitaldemadrid.com