

# ABORDAJE LAPAROSCOPICO DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO CALIBRACION CARDIAL POR LAPAROSCOPIA

Doctor

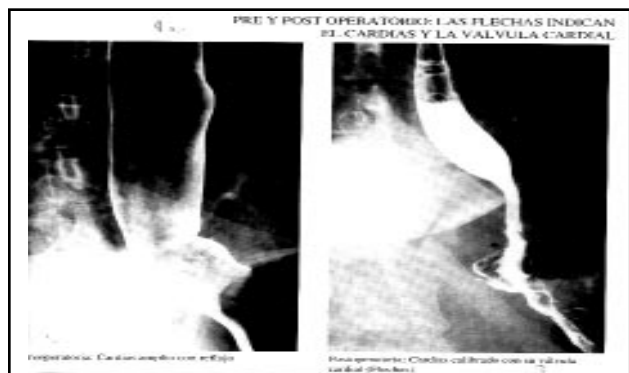
Augusto Larraín O.

Clínica Las Condes

Santiago - Chile

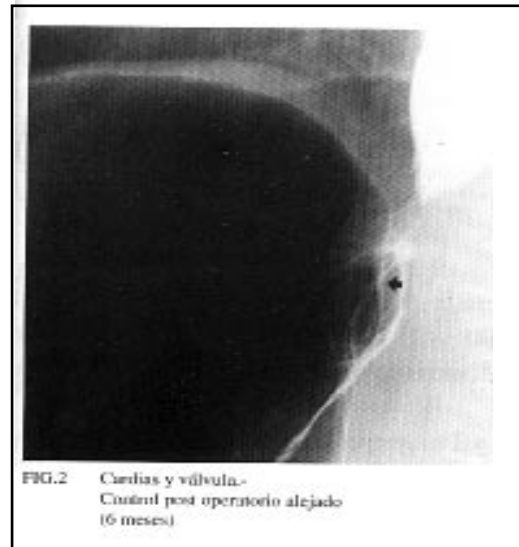
La cirugía convencional del reflujo gastroesofágico es el método universalmente aceptado para tratar el reflujo patológico, o sea el que potencialmente pone en peligro la vida o atenta seriamente contra el bienestar físico o síquico a pesar de un tratamiento médico bien llevado. La solución quirúrgica por laparoscopia incorpora los grandes beneficios de esta técnica y por ende, debería ampliar en forma importante, el universo de pacientes, susceptibles de recibirlas. Desde hace más de 20 años hemos usado la calibración cardial más gastropexia posterior en más de 800 casos con excelentes resultados. En Agosto de 1991 iniciamos la etapa experimental para realizar esta técnica por vía laparoscópica operando 25 cerdos en la Virginia Mason Research Foundation, Seattle, USA, junto con el doctor Lucius D. Hill. Se comprobó en forma endoscópica intraoperatoria y en la evaluación post mortem que se lograba reproducir una válvula al nivel cardial similar a la obtenida en la forma abierta. Iniciamos la etapa clínica en Octubre de 1991. Hasta Enero de 1993 hemos operado 70 pacientes (edad 7 a 62 años, promedio x 38.1).

Las figuras 1 y 2 muestran los controles radiológicos postoperatorios en los que es posible apreciar un cardias estrecho y la presencia de una válvula cardial que es fácilmente reconocible en los controles con endoscopia gástrica y visión retrograda.



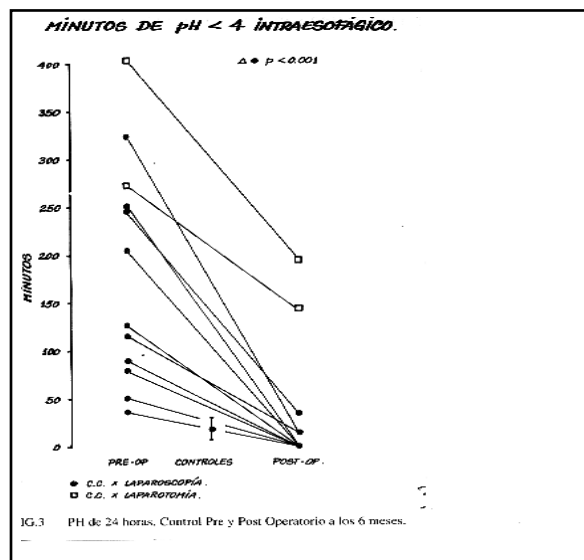
Un paciente debió permanecer 5 días hospitalizado por tratamiento antibiótico parenteral por sinusitis reagudizada. 3 pacientes permanecieron 48 horas y el resto (22 casos) tuvo una estadía promedio postoperatoria de 17 horas.

**Figura 2 : Cardias y válvula. Control postoperatorio alejado (6 meses).**



En todos fue posible apreciar los beneficios de la laparoscopia, es decir, recuperación rápida, dolor mínimo y ventajas estéticas marcadas. la calibración cardial presupone reducir el diámetro del cardias en forma marcada lo que produce disfagia en el postoperatorio obligando al paciente a ingerir una dieta molida durante el primer mes. Si la disfagia no se presenta, nos preocuparía. Todos los pacientes fueron evaluados radiológicamente con un tránsito esofágico previo a su alta. No tuvimos complicaciones, como infecciones u otras. La evaluación postoperatoria fue clínica y radiológica en todos los casos realizando un estudio de PH de 24 horas en los pacientes que accedieron.

La figura 3 muestra el control pre y postoperatorio a los 6 meses de 12 pacientes incluyendo los dos pacientes convertidos que, curiosamente, no obtuvieron una corrección del tiempo de reflujo a cifras normales. La variación en el grupo laparoscópico es significativa.



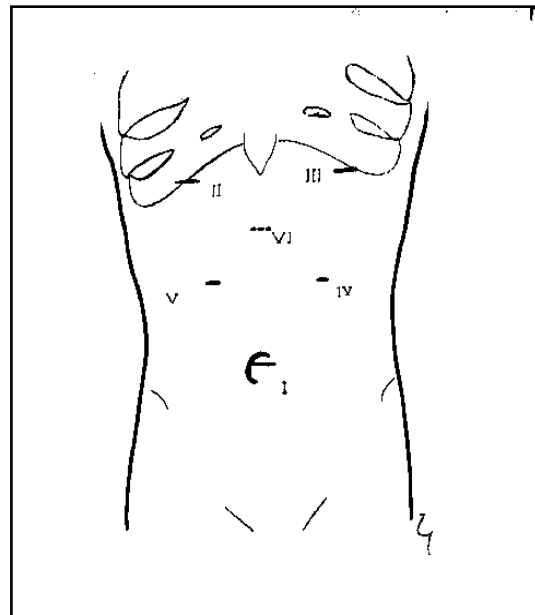
IG.3 PH de 24 horas. Control Pre y Post Operatorio a los 6 meses.

Debemos recalcar que son sorprendentes los resultados y la evaluación que los pacientes hacen de la operación.

## TECNICA

Se usa un equipo standar de laparoscopia con dos videos monitores colocándose el cirujano a la derecha del paciente y los dos ayudantes al frente. Las puertas de entrada (figura 4) están numeradas de acuerdo a la secuencia de las incisiones en la piel. La puerta umbilical o número 1 (10 mm.) es usada para la introducción de la óptica, monitoreo de la introducción de los otros trócares y posteriormente es de utilidad para el manejo de los portaagujas y la colocación adecuada de los puntos. Se alterna con la puerta 3 para una visión más cercana del cardias. La puerta No. 2 (10 mm.) admite el separador expansible de 10 mm. (Jardit) que levanta el lóbulo izquierdo del hígado y es mantenido en su posición por un brazo metálico articulado (Book Walter - Ethicon).

La puerta No 3 además de la introducción de la video cámara permite el pasaje de un transportador de 10 mm. (Ethicon) por el que se pasan las suturas (Prolene 2 -0). Las puertas 4 y 5 permiten el uso de tijeras, grasper, hook y portaagujas. La puerta achurada (No. 6) se usa en pacientes obesos en los que la insuflación se realiza por punción a nivel del ombligo. La hemos usado solamente en 4 casos.

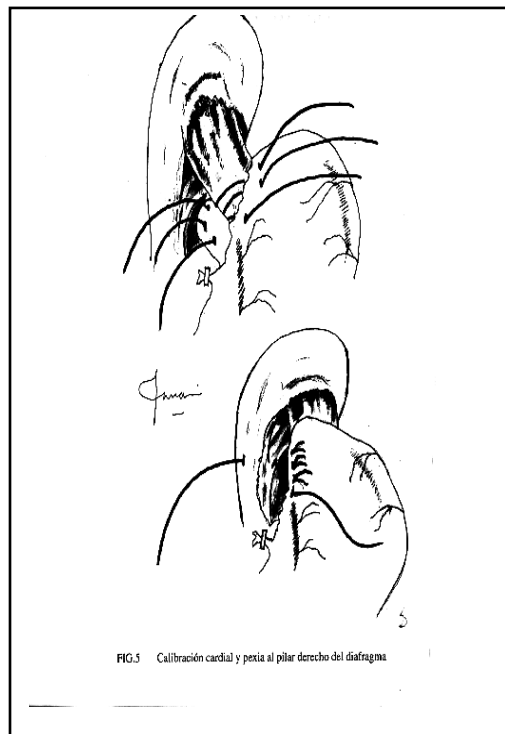


Después de levantar el lóbulo izquierdo del hígado se inicia la disección seccionando el ligamento gastrohepático

(pars flacida) sobre el lóbulo cuadrado, seccionando las fibras hepáticas del vago anterior. Si se encuentra un vaso se secciona previa colocación de clips. Se aísla la cara anterior y derecha del esófago abdominal disecando el peritoneo y la membrana freno-esofágica. Al mediastino posterior se accede mediante la disección del peritoneo que cubre el pilar derecho del diafragma. Es importante diseccionar la rama izquierda del pilar derecho (llamado también pilar izquierdo del diafragma) y el nervio vago posterior ya que los puntos posteriores de la calibración se colocan detrás del nervio vago posterior. Hemos usado un instrumento articulado, en sus 5 cm. finales flexible, lo que facilita la disección del esófago abdominal y permite levantar el cardias para realizar la disección de su cara posterior.

Se colocan 3 puntos de Prolene 2 - 0 (Figura 5) sobre la cara anterior y posterior del cardias. Efectuamos el cierre de los pilares en forma anterior cuando existen una hernia hiatal deslizante o verdadera (5 casos).

La pexia de la calibración puede ser hecha sólo al pilar derecho o a la conjunción de ambos pilares sin que exista variación en los controles radiológicos.



## CONCLUSION

La continencia gastroesofágica está dada por la presencia de un esófago abdominal más la calibración cardial (Skinner - 4). Hemos demostrado que ambas cosas se pueden obtener por la vía laparoscópica. Los beneficios de esta técnica hacen que se proyecte hacia un universo muy superior de pacientes en los que se incluyen los problemas otorrinológicos y/o

bronicopulmonares (5). Esta técnica es ideal para ser usada en niños, especialmente porque se trabaja eficientemente en una región que es de difícil acceso por la vía abierta. Creemos que estos resultados que son sorprendentes para los pacientes, permitirán realizar estas técnicas en los pacientes sintomáticos en los cuales el tratamiento médico prolongado es ineficaz.

## **BIBLIOGRAFIA**

1.- Nathanson LK, Shimi S, Cuschieri A : Laparoscopic ligament teres (round ligament) cardiopexy, Br J. Surg. 1991, 78 : 947 -951.

2.- Hill LD, : An effective operation for hiatal hernia : An eight year appraisal. Ann Surg. 1967 : 166 : 681-692.

3.- Larraín A., Csendes A., Pope CE. : Surgical correction of reflux as effective therapy for benign esophageal strictures. Gastroenterol, 1975, 69: 578 - 583.

4.- Skinner OB : Pathophysiology of gastroesophageal reflux. Ann Surg., 1985, 202 :546-556.

5.- Larraín A., Carrasco E., Galleguillos F. et al. : Medical and surgical treatment of non-allergic asthma associated with gastroesophageal reflux. Chest, 1991, 99:1330- 1335.