

# Fracasos de la cirugía antirreflujo

P. Parrilla, L. Martínez de Haro, A. Ortiz

## **Introducción**

### **Recidiva de la enfermedad por reflujo gastroesofágico**

*Incidencia*

*Mecanismos de producción*

*Diagnóstico*

*Tratamiento*

### **Obstrucción esofágica distal creada por la cirugía**

*Mecanismos de producción*

*Incidencia*

*Diagnóstico*

*Tratamiento*

### **Migración gástrica al tórax**

*Mecanismos de producción*

*Diagnóstico*

*Tratamiento*

### **Error en la indicación de la cirugía**

*Diagnóstico*

*Tratamiento*

---

## INTRODUCCIÓN

---

Cuando la cirugía antirreflujo fracasa y el paciente se encuentra peor que antes de operarse, es fundamental no precipitarse en la toma de decisiones terapéuticas. El primer paso es averiguar la causa del fracaso y, en este sentido, son fundamentales, además de la anamnesis y exploración clínica, una serie de exámenes complementarios.

No todos los fracasos de la cirugía antirreflujo precisan tratamiento quirúrgico y, cuando éste es necesario, un factor pronóstico fundamental es el cirujano. Es necesario un cirujano con experiencia en este tipo de reintervenciones y que conozca la fisiopatología esofágica. En ocasiones, la reintervención es sencilla por existir pocas adherencias, pero otras veces el acceso a la unión esofagogástrica está extraordinariamente dificultado por adherencias firmes y fibrosas que dificultan la identificación de estructuras, no siendo excepcional que en estas maniobras de disección aparezca contenido gástrico o una roseta mucosa que anuncian perforación esofágica o gástrica. Es aconsejable que el cirujano que realiza la reintervención esté en condiciones de realizar una resección esofágica.

*En las reintervenciones por fracaso de la cirugía antirreflujo, el cirujano es un factor pronóstico fundamental*

El fracaso de la cirugía antirreflujo puede obedecer a distintos mecanismos:

---

## RECIDIVA DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO (ERGE)

---

### Incidencia

*Las recidivas pHmétricas del reflujo gastroesofágico son más frecuentes que las clínicas, lo que significa que pueden ser asintomáticas*

En manos expertas y con la cirugía considerada standard (funduplicatura de Nissen, funduplicaturas parciales, Belsey y Hill), ocurre recidiva clínica (Visick III-IV) en un 5-10% de los casos, tras 5 años de seguimiento. Las recidivas endoscópicas son algo mayores y, aún más, las pHmétricas, lo que significa que pueden ser asintomáticas. Aunque no existen grandes diferencias entre los distintos procedimientos, la funduplicatura de Nissen se ha mostrado como la técnica más eficaz en este sentido, no comunicándose diferencias entre la cirugía abierta y la laparoscópica, esta última con seguimientos más cortos. La presencia de estenosis esofágica preoperatoria incrementa notablemente el porcentaje de recidivas, que ocurren hasta en un 20-40% de los casos, probablemente por asociar un acortamiento esofágico que impide obtener una longitud de esófago abdominal suficiente como para realizar una funduplicatura sin tensión. La mera presencia de esófago de Barrett, sin estenosis esofágica, no modifica el porcentaje de recidivas.

*La mera presencia de esófago de Barrett, sin estenosis esofágica, no modifica el porcentaje de recidivas*

---

## Mecanismos de producción

La recidiva clínica ocurre con frecuencia en el primer año postoperatorio, aunque puede hacerlo tardíamente a lo largo del seguimiento. Su mecanismo de producción es variable:

1. Disrupción total o parcial de la fundoplicatura, reconocida fácilmente por el cirujano durante la reintervención. Se desconoce su mecanismo de producción, aunque se ha relacionado con la utilización de material de sutura reabsorbible y con aumentos de presión intragástrica en el postoperatorio inmediato, con ocasión de náuseas y/o vómitos. Para evitar esta complicación, se recomienda utilizar suturas irreabsorbibles que algunos autores refuerzan con placas de Teflón.

2. Deslizamiento de la fundoplicatura (*Slipped Nissen*) que queda instalada sobre el propio estómago y no sobre el esófago abdominal. En esta situación, la fundoplicatura no sólo no aumenta la presión del esfínter esofágico inferior (EEI), sino que incrementa el reflujo gastro esofágico (RGE) al suponer un obstáculo al paso del alimento hacia el resto del estómago. En nuestra experiencia, más que un Nissen deslizado, suele tratarse de una fundoplicatura construida inicialmente sobre el estómago, generalmente por existir un acortamiento esofágico importante. Para evitar esta complicación, en vez de construir la fundoplicatura con tensión o sobre el estómago, es aconsejable realizar un alargamiento esofágico a expensas de la curvatura menor (gastroplastia de Collis), asociando una fundoplicatura de Nissen sobre el neo-esófago.

## Diagnóstico

La anamnesis muestra cómo, tras un período de tiempo variable de mejoría, reaparecen la pirosis y/o regurgitaciones, reproduciendo el cuadro clínico que tenía el paciente antes de operarse. La disfagia orgánica es excepcional aunque puede aparecer en casos graves, secundaria a una estenosis esofágica por reflujo.

El tránsito baritado puede ser normal. Más que para confirmar esta posibilidad, tiene interés para excluir otras causas de fracaso.

La endoscopia puede mostrar la existencia de esofagitis y, en manos expertas, puede informar de la disrupción de la fundoplicatura en la visión retrógrada desde el estómago.

La pHmetría esofágica de 24 horas y la manometría intraluminar esofágica (MIE) se consideran indispensables para confirmar el reflujo patológico así como la presión basal del EEI y el comportamiento motor del cuerpo esofágico.

*La exploración más útil para diagnosticar la recidiva del reflujo gastroesofágico es la pHmetría esofágica de 24 horas*

## Tratamiento

De entrada, debe manejarse de forma conservadora ya que la reintervención está gravada con mayor morbimortalidad que la primera operación y sólo obtiene resultados satisfactorios en el 70-85% de los casos, frente al 80-95% obtenidos

*La recidiva de la enfermedad por reflujo puede y debe manejarse en muchos casos de forma conservadora*

con la original. Si con el tratamiento conservador el paciente queda asintomático y la apariencia endoscópica del esófago es normal, una opción razonable es continuar con el tratamiento conservador de por vida, especialmente en pacientes con riesgo quirúrgico alto. Por el contrario, si persisten síntomas o lesiones endoscópicas (esófago de Barrett, estenosis esofágica, etc.), hay que indicar la reintervención, especialmente en pacientes jóvenes con riesgo quirúrgico bajo.

Durante la reintervención, el hallazgo más frecuente es la disrupción total o parcial del mecanismo antirreflujo que, en ausencia de estenosis esofágica, generalmente puede rehacerse sin dificultad.

Cuando el paciente presenta disfagia y estenosis esofágica, sobre todo si estaban presentes antes de la primera intervención, el hallazgo más frecuente es encontrar una funduplicatura de Nissen construida sobre el estómago, por existir acortamiento esofágico que no permite obtener longitud suficiente de esófago abdominal. En estos casos, es conveniente realizar un tratamiento médico intenso preoperatorio, con o sin dilataciones para disminuir la inflamación esofágica. Durante la intervención, que algunos autores realizan por vía torácica, hay que deshacer el mecanismo antirreflujo sobre el estómago y disecar el esófago tratando de obtener longitud suficiente como para realizar una funduplicatura de Nissen sin tensión construida sobre el esófago. Si esto no es posible o existen dudas, es aconsejable realizar una gastroplastia de Collis asociada a una funduplicatura de Nissen.

Cuando la estenosis esofágica es indilatable o se restablece rápidamente tras la dilatación, está indicada la resección esofágica y sustitución con una coloplastia corta isoperistáltica utilizando ángulo esplénico del colon irrigado por la arteria

cólica izquierda (coloplastia corta de Belsey). Esta intervención también puede estar indicada en los casos de fibrosis periesofágica intensa cuando, durante las maniobras de disección, se producen desgarros esofágicos importantes difíciles de reparar. Como vemos, en estas reintervenciones, el colon debe estar limpio y preparado para su posible utilización como plastia esofágica.

Cuando la fibrosis adherencial es intensa, sobre todo tras varias intervenciones, y hace muy arriesgado el abordaje de la unión esófago-gástrica, una alternativa puede ser realizar una antrectomía y una gastroyeyunostomía en Y de Roux.

*En las reintervenciones por fracaso de la cirugía antirreflujo, el colon debe estar preparado para su posible utilización como plastia esofágica*

## **OBSTRUCCIÓN ESOFÁGICA DISTAL CREADA POR LA CIRUGÍA**

### **Mecanismos de producción**

Con el fin de evitar la recidiva del RGE, el cirujano debe asegurar un cierre adecuado de los pilares del hiato y un buen ajuste de la funduplicatura. Como

---

consecuencia, cierto grado de disfagia leve y transitoria es relativamente frecuente durante los primeros días del postoperatorio. Sin embargo, en ocasiones, la disfagia es moderada-severa y no desaparece con el paso del tiempo, pudiendo necesitar para su tratamiento una reintervención quirúrgica. Generalmente se debe a una compresión del esófago abdominal por una funduplicatura muy apretada o por un cierre muy ajustado de los pilares del hiato, aunque hemos reintervenido pacientes en los que la obstrucción obedecía a otros mecanismos: angulación excesiva de la unión esofagogástrica (UEG) tras realizar pexia con el ligamento redondo; penetración en la luz esofágica de material protésico utilizado para cerrar la puerta herniaria; torsión del esófago abdominal por mala orientación espacial de la funduplicatura; vólvulo gástrico longitudinal por dar algún punto de la funduplicatura cerca de la curvatura mayor, a nivel del cuerpo gástrico, con lo que al anudarlos producimos un plegamiento gástrico; fibrosis pseudotumoral en torno a la UEG, etc.

## **Incidencia**

El fracaso de este tipo es claramente más frecuente tras cirugía laparoscópica que tras cirugía abierta, entre otras razones, porque no se puede calcular bien la tensión de los puntos al hacer la funduplicatura, especialmente si se utilizan nudos extracorpóreos y porque la visión en dos dimensiones facilita la orientación incorrecta de la funduplicatura, así como la volvulación gástrica. Sin embargo, pensamos que con cirujanos expertos que hayan realizado una curva de aprendizaje adecuada, esta complicación disminuirá hasta los porcentajes que se dan en cirugía abierta.

Para disminuir la incidencia de esta complicación, consideramos útil la utilización sistemática de un tutor esofágico grueso (>48 F) así como la sección opcional de los vasos breves, en los casos en que el fundus es poco generoso y no permite la funduplicatura sin tensión.

*La obstrucción esofágica distal es más frecuente tras cirugía laparoscópica que tras cirugía abierta*

*Para disminuir la incidencia de obstrucción esofágica distal puede ser útil la utilización de un tutor esofágico, así como la sección opcional de los vasos breves*

## **Diagnóstico**

El síntoma fundamental es la disfagia lórica, de naturaleza orgánica, que puede aparecer en el inmediato postoperatorio o tardíamente, en relación con el mecanismo de producción. Su intensidad es variable, pudiendo existir afagia completa, con sialorrea y pérdida de peso. El paciente no refiere pirosis.

El tránsito muestra una estenosis de grado variable en esófago distal, cuya localización y aspecto radiológico dependen de su mecanismo de producción. Asimismo, muestra una dilatación esofágica variable en relación con el tiempo de evolución y el grado de estenosis.

*En los casos de obstrucción esofágica distal creada por la cirugía, la manometría esofágica puede mostrar una aperistalsis completa del cuerpo esofágico (pseudochalasia)*

La endoscopia confirma la naturaleza orgánica de la estenosis así como su severidad y dilatabilidad. La mala orientación de la funduplicatura, puede permitir el paso del endoscopio y, en cambio, evitar el paso de los alimentos. La existencia de un vólvulo gástrico por funduplicatura incorrecta también se diagnostica muy bien por endoscopia.

La pHmetría esofágica de 24 horas muestra ausencia de RGE patológico y la MIE puede mostrar una aperistalsis completa en el cuerpo esofágico. Se trata de una pseudoachalasia por el efecto de cavidad común creado por la obstrucción distal.

## Tratamiento

Tampoco en estos casos hay que precipitarse con la reintervención, ya que cierto grado de disfagia leve o moderada es habitual tras la funduplicatura de Nissen y va cediendo espontáneamente en el plazo de 1-3 meses. La dilatación con dilataciones de Savary o Maloney, no con balones, para no romper el antirreflujo, puede ser útil en estos casos. Sin embargo, si la disfagia es severa o se mantiene más allá de los 3 meses, hay que pensar en la reintervención. Además de los datos clínicos (severidad y duración de la disfagia), el tránsito baritado y la endoscopia deben realizarse precozmente en todos los casos, ya que proporcionan información de gran interés. En el tránsito esófago-gástrico, con radioscopia, puede considerarse normal cierta dificultad de vaciamiento esofágico con estenosis ligera a nivel de la unión esófago-gástrica. En cambio, otras veces, generalmente coincidiendo con disfagia severa y/o afagia con sialorrea, muestra un afilamiento progresivo de la unión esófago-gástrica con cierre casi completo de la misma y un esófago dilatado incapaz de vaciar el bario deglutido. Este hallazgo debe ponernos en guardia respecto a la posibilidad de una reintervención quirúrgica que, en ocasiones, sobre todo tras cirugía laparoscópica, debe realizarse precozmente, incluso el primer o segundo día postoperatorio, para proceder, también por vía laparoscópica, a retirar el punto o los puntos responsables de la obstrucción, bien a nivel de la sutura de pilares o de la funduplicatura. También la endoscopia es de gran valor en este sentido, ya que permite diferenciar una estenosis orgánica que dificulta el paso del endoscopio de una estenosis funcional por mala orientación de la funduplicatura que no se opone el paso del endoscopio aunque sí dificulta el paso del alimento. Asimismo, permite diagnosticar la existencia de un vólvulo gástrico. En cualquier caso, la indicación de la cirugía estará determinada por la severidad de la clínica.

La reintervención tiene por objeto suprimir la causa de estenosis esofágica sin deshacer el mecanismo antirreflujo o reconstruyéndolo si hubo que deshacerlo para localizar y suprimir la causa de la obstrucción. Puede ser muy sencilla, e incluso realizarse por vía laparoscópica, si el procedimiento inicial fue laparoscópico y se indica precozmente. Otras veces, sobre todo si se indica tardíamente, puede ser extraordinariamente compleja, en relación con el mecanismo patogénico, obligando a una resección esofágica, como ocurrió en alguno de nuestros

---

casos en que había obstrucción completa de la luz del esófago tras pexia del ligamento redondo o por penetración en la luz del esófago de una prótesis de Marlex, utilizada para cerrar la puerta herniaria.

## MIGRACIÓN GÁSTRICA AL TÓRAX

---

### Mecanismos de producción

Puede deberse a un cierre inadecuado de la puerta herniaria o a un fallo del mismo. Unas veces, se produce una hernia paraesofágica, manteniéndose la funduplicatura en la cavidad abdominal, y otras, lo que asciende al tórax es la funduplicatura que, con frecuencia, continúa siendo competente para evitar el RGE. El fracaso en estos casos se relaciona con problemas mecánicos en el estómago torácico que van aumentando con el tiempo a medida que aumenta el volumen del estómago intratorácico.

Para evitar esta complicación, hay que asegurar un cierre adecuado de la puerta herniaria, lo que, en ocasiones, puede requerir la utilización de materiales protésicos, sobre todo en hernias mixtas de grandes dimensiones. Algunos autores aconsejan fijar la funduplicatura a estructuras abdominales (pilares del hiato, fascia prevertebral, borde anterior del hiato esofágico, etc.).

### Diagnóstico

Con frecuencia es asintomática. Los datos clínicos consisten en síntomas postprandiales relacionados con el aumento de presión en el estómago intratorácico: opresión o dolor retroesternal, sensación de ahogo, palpitaciones, etc. que van desapareciendo a medida que el estómago se vacía. Puede acompañarse de recidiva del RGE, con pirosis y regurgitaciones, aunque estos síntomas pueden faltar por mantenerse el mecanismo antirreflujo competente.

El tránsito baritado es la exploración fundamental para su diagnóstico al mostrar claramente tanto la hernia paraesofágica como el ascenso de la funduplicatura. La endoscopia y la pHmetría de 24 horas, aunque de menor interés, son aconsejables para valorar la existencia de recidiva del RGE.

*El tránsito baritado es la exploración fundamental para diagnosticar la migración gástrica al tórax*

### Tratamiento

Cuando es asintomática, no necesita tratamiento. Si condiciona síntomas únicamente por la recidiva del RGE, el tratamiento debe ser inicialmente conservador. La reintervención quirúrgica está indicada cuando repercute por sus efectos mecánicos ya que, en estos casos, el ascenso suele ser progresivo, puede haber

*Cuando la migración gástrica al tórax es asintomática, no necesita tratamiento*

complicaciones y el tratamiento conservador es ineficaz, con excepción de la aspiración nasogástrica en situaciones agudas.

La reintervención tiene por objeto reintroducir el estómago en la cavidad abdominal y asegurar un cierre adecuado de la puerta herniaria, lo que con frecuencia requiere la utilización de una prótesis.

## ERROR EN LA INDICACIÓN DE LA CIRUGÍA

Caben distintas posibilidades:

1. El paciente tiene una úlcera péptica gastroduodenal con una hernia de hiato por deslizamiento (HHD) pero sin reflujo patológico. Los datos clínicos se atribuyen al reflujo ya que mejoran con inhibidores de la bomba de protones (IBP). Tras la funduplicatura de Nissen, al cesar el tratamiento médico, reaparecen los datos clínicos de la úlcera péptica, encontrándose el enfermo generalmente peor que antes de la cirugía.

2. El paciente tiene un síndrome de intestino irritable con una HHD, sin reflujo patológico. En ocasiones, los síntomas pueden confundirse con los de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y, aunque una historia clínica minuciosa es clarificadora, no es raro que se atribuyan los síntomas a la HHD y, tras un tratamiento con IBP que puede o no mejorar al paciente, se indique cirugía antirreflujo. El enfermo suele empeorar de forma importante después de la intervención.

3. La achalasia de cardias también puede confundirse con la ERGE, especialmente las formas incipientes, con poca dilatación del esófago, endoscopia normal y que refieren pirosis con pHmetría positiva para reflujo ácido patológico (esto último no es un hecho infrecuente y se debe a la acidificación del material retenido en el esófago).

Estos pacientes suelen responder mal al tratamiento con inhibidores de la bomba de protones, por lo que se indica tratamiento quirúrgico, practicando, generalmente, una funduplicatura de Nissen.

Esta causa de fracaso puede evitarse, en la mayoría de los casos, con una anamnesis y exploración clínica adecuadas, junto al tránsito esofagogástrico y la endoscopia. Sin embargo, nuestra experiencia nos aconseja que, antes de indicar la cirugía antirreflujo, en todos los pacientes debe realizarse una pHmetría de 24 horas para confirmar el RGE patológico y una

manometría esofágica que nos informe de las características del esfínter esofágico inferior y del cuerpo esofágico.

*Para evitar los fracasos por errores diagnósticos, es aconsejable confirmar el reflujo patológico en todos los casos mediante una pHmetría de 24 horas*

### Diagnóstico

En el caso de la úlcera péptica y síndrome de intestino irritable, aunque desaparecen los síntomas ocasionales de reflujo, persisten o empeoran los síntomas de

---

la enfermedad no diagnosticada: el dolor epigástrico, en el caso de la úlcera péptica, y el síndrome dispéptico, con hinchazón abdominal, meteorismo, pesadez postprandial, etc., en el caso del intestino irritable. No hay que olvidar que la funduplicatura de Nissen, al disminuir la capacidad de relajación receptiva del fundus gástrico y dificultar el eructo, puede agravar la sintomatología de estos pacientes. Aunque el tránsito baritado puede poner de manifiesto el nicho ulceroso, la exploración fundamental, en este sentido, es la endoscopia. En el síndrome de intestino irritable, la herramienta diagnóstica fundamental es la anamnesis. Tanto el tránsito como la endoscopia son normales, aunque su realización es obligada.

En el caso de la achalasia de cardias, la funduplicatura de Nissen empeora la capacidad de vaciamiento del esófago aperistáltico por lo que la disfagia se acentúa notablemente. Puede plantear problemas de diagnóstico diferencial con la obstrucción esofágica creada por una cirugía incorrecta. La anamnesis es fundamental en este sentido, ya que en el caso que nos ocupa, la disfagia, en mayor o menor grado, ya estaba presente antes de la cirugía. El tránsito esofágico puede inducir a error, especialmente en las disfagias post-funduplicatura de Nissen, ya que tanto la dilatación esofágica como el afilamiento distal semejan los de la achalasia de cardias. Y otro tanto ocurre con la MIE, que puede mostrar aperistalsis completa del esófago en ambos casos. Mucho más interés tiene la endoscopia, ya que en manos expertas el aspecto endoscópico del cardias en la achalasia es muy característico y únicamente en algunos casos de funduplicatura de Nissen apretada puede plantear dudas. Los datos preoperatorios del paciente, tanto clínicos como manométricos, son fundamentales a este respecto.

## Tratamiento

En el caso de la úlcera péptica gastroduodenal y del síndrome de intestino irritable, se indicará el tratamiento médico apropiado.

En el caso de la achalasia de cardias, la reintervención debe indicarse sin demora para deshacer la funduplicatura, practicar la miotomía de Heller y asociar una funduplicatura parcial.

## BIBLIOGRAFÍA

---

- Dallemagne B, Weerts JM, Jhaes C et al. Causes of failures of laparoscopic antireflux operations. *Surg Endosc* 1996; 10: 305-10.
- Deschamps C, Trastrek VF, Allen MS et al. Long-term results after reoperation for failed anti-reflux procedures. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1997; 113 (3): 545-50.
- DeMeester TR, Bonavina L, Albertucci M. Nissen fundoplication for gastroesophageal reflux disease: evaluation of primary repair in 100 consecutive patients. *Ann Surg* 1986; 204 (1): 9-20.
- Hinder RA, Klingler PJ, Perdakis G et al. Management of the failed antireflux operation. *Surg Clin North Am* 1997; 77 (5): 1083-98.
- Hunter JG, Swanstrom L, Waring JP. Dysphagia after laparoscopic antireflux surgery. *Ann Surg* 1996; 224 (1): 51-7.

- 
- Hunter JG, Smith CD, Branum GD et al. Laparoscopic Fundoplication Failures: Patterns of Failure and Response to Fundoplication Revision. *Ann Surg* 1999; 230 (4): 595.
- Little AG. Failed antireflux operations. Pathophysiology and treatment. *Chest Surg Clin of North Am* 1994; 4 (4): 697-704.
- Low DE. Management of the problem patient after antireflux surgery. *Gastroenterol Clin of North Am* 1994; 23 (2): 371-89.
- Martínez de Haro LF, Ortiz A, Parrilla P et al. Long-term results of Nissen fundoplication in reflux esophagitis without strictures. Clinical, endoscopic, and pH-metric evaluation. *Dig Dis & Sci* 1992; 37 (4): 523-7.
- Rice TW. Why antireflux surgery fails. *Dig Dis* 2000; 18 (1): 43-7.
- Seeling MH, Hinder RA, Klingler PJ et al. Paraesophageal herniation as a complication following laparoscopic antireflux surgery. *J Gastrointest Surg* 1999; 3 (1): 95-9.
- Serafini FM, Bloomston M, Zervos E et al. Laparoscopic revision of failed antireflux operations. *J Surg Research* 2001; 95 (1): 13-8.
- Siewert JR, Stein HJ, Feussner H. Reoperations after failed antireflux procedures. *Ann Chir Gynaecol* 1995; 84 (2): 122-8.
- Stein HJ, Feussner H, Siewert JR. Failure of antireflux surgery: causes and management strategies. *Am J Surg* 1996; 171 (1): 36-9.
- Skinner DB. Surgical management after failed antireflux operations. *World J Surg* 1992; 16: 359-63.
- Yau P, Watson DI, Devitt PG et al. Early reoperation following laparoscopic antireflux surgery. *Am J Surg* 2000; 179 (3): 172-6.
- Zucker K, Peskin GW, Saik RP. Recurrent hiatal hernia repair. A potential surgical dilemma. *Arch Surg* 1982; 117: 413-4.