

Funduplicatura laparoscopica para el reflujo gastroesofagico

la funduplicatura , descrita por Rudolph Nissen en 1955 consistia en envolver el fundus gastrico alrededor del esófago

Los principios basicos de la funduplicatura son:

- Reposicionamiento sin tension de la union gastro-esofagica (2 cm del esófago inferior por debajo del diafragma)
- Utilizar el fundus gastrico para confeccionar la funduplicatura
- Asegurarse que la presion generada por el mecanismo antirreflujo sea equivalente a la fuerza propulsiva del esófago

La funduplicatura se utiliza tanto para coregir el reflujo gastroesofagico puro , como la hernia hiatal este esta asociada a reflujo o no

Una HERNIA HIATAL es una alteración de la anatomia de la union esófago gastrica , esto es , estructuras normalmente alojadas en el abdomen atraviesan el orificio hiatal y se alojan en la cavidad toràcica

Para ver esta pel'cula, debe disponer de QuickTime® y de un descompresor .

Para ver esta pel'cula, debe disponer de QuickTime® y de un descompresor .

Para ver esta pel'cula, debe disponer de QuickTime® y de un descompresor .

Los síntomas mas frecuentes de la hernia de hiato son: Eructos, dolor en el pecho,

acidez gastrica que empeora al agacharse o al acostarse y dificultad para tragar

Todos los pacientes deben ser sometidos al estudio anatomico y fisiologico de la union esofagogastrica, ademas de descartar otras patologías que puedan ser causa de la sintomatología, (problemas cardiacos, neoplasias ocultas etc)

- Estudio baritado esofagogastroduodenal: Permite valorar la anatomia de la zona en caso de esófago corto o de una hernia de hiato asociada

Para ver esta
disponer de
un descom

-Esofagogastroscofia: Sirve para determinar la presencia de esofagitis y su grado, permitiendo la toma de biopsias en caso de la presencia de un esófago de barrett o de una estenosis de la zona

Para ver esta película, debe
disponer de QuickTime® y de
un descompresor .

-Manometria : Permite valorar los siguientes aspectos:

- Diagnostico diferencial con otras patologías (eclerodermia , achalasia etc)
- Presion de l esfínter esofagico inferior (una presión disminuida es muy compatible con el diagnostico de reflujo gastro esofagico
- Motilidad esofagica
- Ph metria de 24 horas: Es un estudio determinante el la evaluacion fisiopatologica de los pacientes. No ostante no siempre es imperativo realizarla, sobre todo en casos de hernia hiatal gigante

La tecnica quirurgica consiste en devolver la parte de estomago alojada en la cavidad toracica a su posición fisiologica en la cavidad abdominal, asi como cerrar y reforzar el hiato suturando los pilares y en casos seleccionados colocando una prótesis (malla) especialmente diseñada para poder estar en contacto con las visceras sin provocar problemas de tolerancia

Para ver esta película, debe disponer de QuickTime® y de un descompresor .

Para ver esta película, debe disponer de QuickTime® y de un descompresor .

Para ver esta película, debe disponer de QuickTime® y de un descompresor .

Hoy en día está ampliamente aceptado que el abordaje debe ser el laparoscópico, ya que presenta evidentes ventajas sobre la vía laparotómica clásica. Además de los derivados del abordaje mínimamente invasivo y similares resultados clínicos, se añaden las ventajas derivadas de la visión magnificada que se obtiene de la unión gastroesofágica:

- Una perfecta disección de los pilares diafragmáticos.
- Esta vía permite tratar mejor el saco herniario, facilitando su perfecta disección y hemostasia. A la vez permite una excelente visión de los últimos centímetros del esófago.
- Permite cerrar los pilares y comprobar su eficacia bajo visión directa
- La completa liberación de la cara posterior esofágica, con control de los nervios vagos
- La movilización del fundus gástrico y la valoración de la necesidad de seccionar algunos vasos cortos
- La realización de una funduplicatura de 360° suficientemente holgada

La mayoría de los pacientes sufrirá cierta dificultad transitoria para deglutir después de la cirugía, en particular para sólidos, pero casi invariablemente todos los pacientes pueden tragar de forma normal y alimentarse con una dieta sin restricciones antes de pasadas seis semanas de la cirugía. Una sensación de plenitud (saciedad) también es común y pasajera. El síndrome de hinchazón estomacal es una sensación de tener

necesidad de eructa y no poder hacerlo, que suele ocurrir tras la fundoplicatura. Antes de la cirugía , muchos pacientes que padecen esofagitis por reflujo, en un esfuerzo dirigido a neutralizar mediante la saliva el acido gastrico que refluye tragan con mucha frecuencia. La aerofagia persistente después de la operación puee causar eructos y flatulencia. La mayoría de los pacientes permanecen internados de uno a tres dia después de la fundusplicatura laparoscopica y de tres a cinco dias si la operación fue a cielo abierto