Resultados a largo plazo de la funduplicatura tipo Nissen laparoscópica

Díez Tabernilla M, Ruiz Tovar J, Calero García P, Chames AM, Martínez Molina E, Fresneda V.

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo.
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Correspondencia a:

María Díez Tabernilla
C/Padre Francisco Palau y Quer, 7
28046- Madrid
mariadieztabernilla@gmail.com

Díez Tabernilla M, Ruiz Tovar J, Calero García P, Chames AM, Martínez Molina E, Fresneda V: Resultados a largo plazo de la funduplicatura tipo Nissen laparoscópica. Seclaendosurgery.com (en línea) 2010, nº 31.

Disponible en Internet.

http://www.seclaendosurgery.com/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=59.

ISSN: 1698-4412

Mini-abstract

Se presentan los resultados a largo plazo (10 años) de la funduplicatura tipo Nissen laparoscópica en el tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) en el Hospital Ramón y Cajal.

RESUMEN

Introducción y objetivos: La funduplicatura tipo Nissen laparoscópica se ha convertido en un abordaje habitual para el tratamiento de la enfermedad por reflujo gastrointestinal (ERGE). Pocos trabajos describen resultados a largo plazo.

Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo de todos los pacientes en los que se realizó una funduplicatura tipo Nissen laparoscópica como tratamiento de la ERGE entre 1997 y 1998 en nuestro centro. Realizamos una encuesta de seguimiento a los 10 años de intervención.

Resultados: Analizamos 56 pacientes. La tasa de complicaciones fue del 4%. La tasa de conversión fue 4%. La mediana de estancia hospitalaria fue 3 días. Durante el seguimiento, 2 pacientes fueron reintervenidos, ambos por disfagia severa, sin objetivarse patología en las pruebas complementarias, convirtiéndose a Toupet. Tras 10 años, 10% de los pacientes presentaban sintomatología (pirosis, regurgitación). El 16% tomaban diariamente inhibidores de la bomba de protones (IBP). 11 pacientes referían disfagia leve ó moderada. El porcentaje de pacientes satisfechos con la cirugía fue 96%.

Conclusiones: En nuestra serie, la funduplicatura tipo Nissen laparoscópica ha demostrado un buen control de los síntomas y menor necesidad de tomar IBP diariamente a los 10 años, con un alto porcentaje de satisfacción.

Palabras clave: Reflujo Gastroesofágico. Nissen. Funduplicatura

Introducción

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una patología muy frecuente en los países desarrollados.

La cirugía ofrece una opción terapéutica efectiva para aquellos pacientes que presentan síntomas refractarios al tratamiento médico con inhibidores de la bomba de protones (IBP)¹

A pesar de la ausencia de estudios aleatorizados que avalen los resultados a largo plazo² la funduplicatura tipo Nissen laparoscópica se ha convertido en el método de elección en cirugía antirreflujo, desplazando a la funduplicatura Nissen vía abierta³

Material y métodos

Estudio retrospectivo de todos los pacientes en los que se realizó una funduplicatura tipo Nissen laparoscópica como tratamiento de la ERGE entre 1997 y 1998 en el Hospital Universitario Ramón y Cajal (Madrid – España).

Se analizaron los datos referentes a edad, sexo, manifestaciones clínicas, métodos diagnósticos empleados, técnica quirúrgica, complicaciones postoperatorias y estancia

hospitalaria. Para evaluar los resultados a largo plazo se realizó una entrevista con cada paciente en la que se recogió la información respecto a síntomas relativos a ERGE (pirosis, disfagia, regurgitación, necesidad de toma de IBP) entre enero y febrero de 2009. Se indagó la cuantía de la ingesta, un aumento del meteorismo y la capacidad para eructar o vomitar después de la intervención. Finalmente se solicitó el grado de satisfacción que otorgaban los pacientes a la intervención, basado en la desaparición o, al menos, mejoría de los síntomas que presentaban antes de la misma.

Se excluyeron del estudio aquellos pacientes que fallecieron por causas no relacionadas con la patología y aquellos que no fueron localizados para realizar la entrevista. También se excluyeron del análisis a largo plazo aquellos pacientes que requirieron conversión a cirugía abierta. Sí se incluyeron los pacientes que precisaron reintervención durante los años de seguimiento, analizando la causa de la misma.

□

□

Resultados

De 61 pacientes intervenidos de ERGE con funduplicatura según técnica de Nissen por laparoscopia en este periodo, se analizaron 56 pacientes, (32 varones y 24 mujeres) con edad media de 50,8 (27-73). Los síntomas predominantes eran pirosis (93%) y regurgitación (88%) (**Tabla 1**).

Todos los pacientes habían seguido tratamiento con IBP ó antagonistas H2 durante al menos un año antes de la indicación de tratamiento quirúrgico. Las pruebas diagnósticas complementarias se resumen en la

Tabla 2

. En la endoscopia digestiva alta 1 paciente (2%) presentaba esófago de Barrett. En todos los pacientes se observó una manometría patológica, siendo uno de los principales criterios para el diagnóstico de la ERGE.

N

56

Hombre / Mujer

32 / 24

Edad (media y rango)

50,8 (27 – 73)

Manifestaciones clínicas

1.	Pirosis
2.	Regurgitación
3.	Disfagia
4.	Hemorragia digestiva alta

52 (93%)
49 (88%)
7 (13%)
12 (21%)

Tabla 1. Pacientes y manifestaciones clínicas

N

Endoscopia alta

54 (96%)

pH metría

49 (88%)

Manometría esofágica

49 (88%)

Estudio radiológico baritado

45 (80%)

Tabla 2. Pruebas diagnósticas realizadas

La funduplicatura se realizó después de un cierre simple de pilares, con sutura no reabsorbible. En todos los casos se realizó un Nissen corto y holgado, con una valva de unos 2 cm de longitud. En 15 casos (27%) se realizó sección de los vasos cortos gástricos para restar tensión a la valva.

La tasa de conversión fue de 3,5%: en un caso debido a adherencias intraperitoneales en un paciente con cirugía vesicular previa y en el otro se debió a una lesión esplénica durante el procedimiento.

La tasa de complicaciones fue del 3,5%, incluyendo un caso de apertura pleural, que requirió drenaje con tubo de tórax, y una lesión esplénica que precisó conversión a vía abierta y esplenectomía (**Tabla 3**). No hubo mortalidad postoperatoria. La mediana de estancia hospitalaria fue de 3 días.

--

Número

Tratamiento

Complicaciones intraoperatorias

1.	síndrome adherencial
2.	apertura pleural
3.	laceración esplénica

--

1	(1,8%)
1	(1,8%)
1	(1,8%)

Conversión
Drenaje con tubo de tórax
Esplenectomía (conversión)

Complicaciones postoperatorias precoces

0

Mortalidad postoperatoria

0

Complicaciones postoperatorias tardías
- Disfagia

1.	leve
2.	moderada
3.	intensa

--

8	(14,3%)
3	(5,4%)
2	(3,5%)

--

No precisó	
No precisó	
Funduplicatura	tipo Toupet

Tabla 3. Complicaciones y mortalidad

En el seguimiento 2 pacientes (3,5%) requirieron reintervención, debido a disfagia severa, al año y 2 años de seguimiento respectivamente. En ninguno de ellos se demostró estenosis en las pruebas complementarias. Se convirtió a funduplicatura tipo Toupet, con desaparición de los síntomas.

Tras 10 años, 6 pacientes (10%) persistían sintomáticos (pirosis ó regurgitación), presentándose ésta de forma diaria en 5 de los 6 pacientes; 6% describía síntomas leves y 4% moderados (**Tabla 4**). Nueve pacientes (16%) tomaba IBP a diario para control de síntomas. A todos los pacientes sintomáticos se les realizó pHmetría y manometría esofágica, con resultados patológicos en 9 (16%) y 8 (14,3%) pacientes. La mayoría de los pacientes referían, sin embargo, mejoría respecto a la situación previa, sin describir empeoramiento de ésta con el paso del tiempo.

--

N

Pirosis y/o regurgitación

1.	leve
2.	moderada
3.	intensa

6	(10,5%)
4	(7%)
2	(3,5%)
0	(0%)

Toma diaria de IBP

9 (16%)

Disfagia

1.	leve
2.	moderada
3.	intensa

11	(20%)
8	(14,5%)
3	(5,5%)
0	(0%)

Capacidad para realizar ingesta completa

42 (75%)

Aumento de meteorismo

28 (50%)

Tasa de satisfacción

54 (96%)

Tabla 4. Resultados a los 10 años

Once pacientes (20%) presentaban disfagia en el momento de la entrevista (14,5% leve y 5,5% moderada), pero en ninguno de ellos se evidenció estenosis en el estudio radiológico baritado ó en la endoscopia. El paciente diagnosticado de esófago de Barrett no presentó disfagia.

Se observó que el 75% de los pacientes podían realizar una ingesta completa después de la cirugía, que el 50% presentaban un aumento del meteorismo, y que solo 1 paciente presentaba dificultad para el vómito.

La tasa de satisfacción fue del 96%, incluyendo a los pacientes que requirieron reintervención.

□

Discusión

La ERGE se ha convertido en una patología frecuente en el mundo occidental que ha experimentado un aumento de prevalencia en los últimos años. La persistencia de esta enfermedad puede producir esofagitis por reflujo y complicaciones severas como la estenosis esofágica ó el esófago de Barrett.

La cirugía laparoscópica antirreflujo es considerada actualmente como el *gold standard* para el tratamiento de la ERGE, y ha demostrado ser segura y eficaz demostrando un excelente control de síntomas y mejora de la calidad de vida⁴, por lo que ha desplazado a la técnica abierta convencional².

Sin embargo, algunas series cuestionan la eficacia a largo plazo de la funduplicatura laparoscópica, en las que se describe hasta un 50% de pacientes que precisan medicación por persistencia del reflujo⁵, con un empeoramiento progresivo de los síntomas a medio plazo en los años posteriores a la cirugía. Hay pocos estudios a largo plazo, y con un número limitado de pacientes que describan los resultado más allá de 3 ó 5 años⁶

Por otro lado se ha establecido que la técnica de funduplicatura tipo Nissen se ha asociado al síndrome de *gas-bloat* y a disfagia⁶ por producir una alteración en la relajación del esfínter esofágico inferior, sobretodo en aquellos casos que asocian disfunción en la motilidad esofágica, en comparación con la funduplicatura tipo Toupet, considerada "más fisiológica". En nuestra serie, si bien 13 pacientes presentaron disfagia postoperatoria, solo en 2 casos se precisó una reintervención por esta causa no objetivándose en ninguno de ellos estenosis en la endoscopia ni en estudio baritado. En la mayoría de los casos referían disfagia leve ó moderada, que no interfería con la ingesta habitual, ni mermaba la calidad de vida del paciente.

Broeders et al² en su estudio prospectivo randomizado presentan un porcentaje de resolución de síntomas asociados a ERGE de 92,4 % en un seguimiento a 10 años en el grupo de 79 pacientes sometidos a Nissen laparoscópico. En nuestra serie, hemos comprobado que los resultados obtenidos se han mantenido en el tiempo, observando a los 10 años de seguimiento que un 90% de los pacientes seguían asintomáticos. Aquellos que refieren pirosis y/o regurgitación, lo hace en un grado leve ó moderado y hasta un 85% no precisaba tomar medicación. Estos resultados son equiparables a los obtenidos en otras series de reciente aparición en las que, a los 10 años de la realización de una técnica antirreflujo laparoscópica, se observaron porcentajes de 15%⁷, 17%⁸, y 22%⁹ de pacientes que precisan toma de medicación antisecretora.

Sin embargo diferentes estudios^{10,11,12} han demostrado que solo una pequeña porción de los pacientes que toman medicación después de una intervención antirreflujo presentan una pHmetría alterada ó disfunción de la funduplicatura.

Es importante señalar que a pesar de la persistencia de síntomas, la mayoría de los pacientes referían una mejoría clínica y de calidad de vida después de la cirugía, presentando

en conjunto una tasa de satisfacción del 96% en el momento de la entrevista.

□

Conclusiones

En nuestra serie, la funduplicatura tipo Nissen laparoscópica ha demostrado un buen control de los síntomas y menor necesidad de tomar IBP diariamente a los 10 años, con un alto porcentaje de satisfacción.

Bibliografía

1. Mehta S, M.A., Bennett J, Mahon D, Rhodes M. Prospective Trial of Laparoscopic Nissen Fundoplication Versus Proton Pump Inhibitor Therapy for Gastroesophageal Reflux Disease: Seven-Year Follow-up. *J Gastr Surg* 2006;10(9):1312-1317
2. Broeders JA, Rijnhart-de Jong HG, Draaisma WA et al. Ten-Year Outcome of Laparoscopic and Conventional Nissen Fundoplication. *Ann Surg* 2009;250: 698–706
3. Salminen P. The laparoscopic Nissen fundoplication--a better operation? *Surgeon* 2009;7(4):224-227.
4. E. Soricelli, N. Basso, A. Genco, M. Cipriano. Long-term results of hiatal hernia mesh repair and antireflux laparoscopic surgery. *Surg Endosc* Apr 2009
5. Spechler SJ, Lee E, Ahnen D, Goyal RK, Hirano I, Ramirez F et al. Long-term outcome of medical and surgical therapies for gastroesophageal reflux disease: follow-up of a randomized controlled trial. *JAMA* 2001;285:2331-2338.
6. Franzen T, Anderberg B, Wiren M, Johansson KE. Long-term outcome is worse after laparoscopic than after conventional Nissen fundoplication. *Scand J Gastroenterol* 2005;40:1261-1268.
7. Yang H, Watson DI, Lally CJ, et al. Randomized trial of division versus nondivision of the short gastric vessels during laparoscopic Nissen fundoplication: 10-year outcomes. *Ann Surg* 2008;247:38–42
8. Mardani J, Lundell L, Lonroth H, et al. Ten-year results of a randomized clinical trial of laparoscopic total fundoplication with or without division of the short gastric vessels. *Br J Surg* 2008;96:61–65
9. Cai W, Watson DI, Lally CJ, et al. Ten-year clinical outcome of a prospective randomized clinical trial of laparoscopic Nissen versus anterior 180 (degrees) partial

fundoplication. *Br J Surg* 2008;95:1501–1505.

10. Draaisma WA, Rijnhart-de Jong HG, Broeders IA, et al. Five-year subjective and objective results of laparoscopic and conventional Nissen fundoplication: a randomized trial. *Ann Surg* 2006;244:34–41.

11. Jenkinson AD, Kadiramanathan SS, Scott SM, et al. Relationship between symptom response and oesophageal acid exposure after medical and surgical treatment for gastro-oesophageal reflux disease. *Br J Surg* 2004;91:1460–1465.

12. Lord RV, Kaminski A, Oberg S, et al. Absence of gastroesophageal reflux disease in a majority of patients taking acid suppression medications after Nissen fundoplication. *J Gastrointest Surg* 2002;6:3–9.