

CASOS CLINICOS

Funduplicatura de Nissen por vía abdominal. Perforación Gástrica Post-operatoria

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLES) MEDICINA: GASTRIC FISTULA GASTRO ESOPHAGEAL REFLUX.

RESUMEN

Se ha presentado una hernia hiatal por deslizamiento a la cual se le realizó una funduplicatura de Nissen por vía abdominal complicada con una fistula gastro-pleural de evolución fatal. Se analizan las distintas estadísticas de esta complicación y sus probables causas.

SUMMARY

NISSEN'S FUNDOPPLICATION BY ABDOMINAL APPROACH. POSTOPERATIVE GASTRIC PERFORATION.

They present a sliding hiatal hernia corrected by a Nissen's fundoplication performed by abdominal approach complicated with a gastro-pleural fistula of fatal evolution. The frequency rate and probable causes are analyzed.

RESUME

OPERATION DE NISSEN PAR VOIE ABDOMINALE. PERFORATION GASTRIQUE POST-OPERATOIRE.

On présente une hernie hiatale par glissement, a laquelle on a réalisé une opération de Nissen par voie abdominale, compliquée avec une fistule gastro-pleurale d'évolution fatale. On analyse les différentes statistiques de cette complication et ses causes probables.

Si bien la hernia hiatal es una afección conocida y relativamente frecuente, y su tratamiento quirúrgico en general no tiene mayores complicaciones, el haber vivido una complicación mortal luego de una Funduplicatura de Nissen por vía abdominal para el tratamiento de una hernia del hiato, y que esa complicación sea la primera vez que ocurre en la experiencia de la Clínica, nos ha llevado a presentar este caso, que creemos de interés para su discusión.

CASO CLINICO

Se trata de una paciente de 61 años, sin taras orgánicas, portadora de una dispepsia hiperesténica de varios años de evolución a la cual en el último año se le agregó: 1) cólicos hepáticos en varias oportunidades.

2) Una clara sintomatología de reflujo gastro-esofágico, lo cual fue el motivo de la consulta.

Desde el punto de vista del examen físico, era una paciente en buen estado general, sin elementos patológicos a destacar.

Los estudios paraclínicos dirigidos a la esfera digestiva, mostraron:

1) **COLECISTOGRAFIA:** Vesícula funcionante con una imagen litiasica única, grande.

2) **ESOFAGOGASTRODUDENO:** Esófago sin lesiones. Pequeña hernia hiatal por deslizamiento. Resto S/P.

Presentado a la Sociedad de Cirugía el 10 de Noviembre de 1982.

Residente del M.S.P. Prof. Adj. y Prof. Director de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Constituyente 1436 (701) Montevideo (Dr.D.Corradi)

Dres. Daniel Corradi, Mario Lanza y Bolívar Delgado.

*Clinica Quirúrgica "1" (Dir.Prof.Dr.B. Delgado)
Hospital Pasteur. Facultad de Medicina. Montevideo.*

3) **ESOFAGOFIBROGASTROSCOPIA:** Esófago sin lesiones. Cardias a 37 cms. de la arcada dentaria. Hernia hiatal por deslizamiento. Reflujo gastro esofágico. Sin elementos de esofagitis.

4) No se realizaron estudios manométricos.

5) Los exámenes de valoración general fueron normales.

Frente a la clara sintomatología de reflujo que presentaba la enferma confirmada la hernia por estudios radiológicos y endoscópicos, así como el reflujo y ante la presencia de una litiasis vesicular sintomática, se decide su intervención quirúrgica, llevando como plan táctico, la reparación de la hernia, realizarle una funduplicatura de Nissen como procedimiento antireflujo y realizar la colecistectomía en el mismo acto quirúrgico.

Se opera con anestesia general, realizándose una incisión mediana supraumbilical. Se realiza la liberación del esófago (calibrado con una sonda de Fauchet) mediante sección de la membrana freno esofágica, reducción de la hernia y realización de la funduplicatura de Nissen con cuatro puntos de lino, fijando con dos de los puntos de la funduplicatura, el manchón gástrico al pilar derecho del diafragma.

En este procedimiento, debemos aclarar que: 1) No fue seccionado ningún vaso corto del estómago.

2) No se utilizaron pinzas para la manipulación del estómago.

3) Se pudo realizar la funduplicatura sin ninguna tensión.

4) El hiato esofágico quedó permeable a dos dedos.

Luego de concluido esto, se procedió a realizar la colecistectomía que se hizo en forma típica sin incidentes.

A las 24 horas del post-operatorio, la enferma relata un dolor en cara posterior de hemitórax izquierdo: es examinada, siendo la auscultación y la percusión torácica normal.

A las 40 horas del post-operatorio la paciente entra bruscamente en shock. Es trasladada al CTI, donde se interpreta como un shock hipovolémico, siendo repuesta con sangre y expansores de volumen, saliendo del shock pero continuando hipotensa. En ese momento el abdomen era depresible, discretamente doloroso a la palpación profunda.

Se reopera a las 42 horas, siendo los hallazgos quirúrgicos los siguientes: a) Escaso exudado de la cavidad abdominal, b) Zona de la colecistectomía S/P, c) La funduplicatura seguía sub diafragmática, d) Se constata una placa de necrosis de la cara posterior de la funduplicatura de unos 3 cms. de diámetro, con una perforación gástrica, e) La zona de la sutura gástrica estaba en perfectas condiciones, f) Abombamiento del hemidiafragma izquierdo, donde se constata un corrimiento por el hiato esofágico de líquido gástrico.

PROCEDIMIENTO

Se procedió a deshacer la funduplicatura, estando el esófago sano resecaando la zona de estómago necrosado y cierre de la misma.

Drenaje del tórax por séptimo espacio intercostal, colocando un grueso tubo de drenaje de tórax, evacuándose aproximadamente un litro y medio de contenido de líquido gástrico.

La enferma es trasladada al CTI, donde comienza con graves problemas respiratorios, falleciendo al sexto día en insuficiencia respiratoria.

COMENTARIOS

Si bien esta complicación está descripta (2), es la primera vez que se observa en la Clínica. La misma podría explicarse según algunos autores (Peix) (3) a la sutura sobre tejidos parcialmente desvascularizados por la liberación de la gran curva (que no es nuestro caso) y por la fijación de la funduplicatura al diafragma, ya que los movimientos diafragmáticos proceden a un tironeamiento constante del estómago.

Peix (3) sobre 89 funduplicaturas por vía abdominal tuvieron 1 caso de perforación del manchón gástrico y sobre 18 funduplicaturas hechas por vía torácica, relatan un caso de fístula gastro-pleural.

Burnett (1) destaca el hecho de que la perforación gástrica solamente la observaron en las funduplicaturas hechas por vía torácica.

Rosetti (4), sobre una serie de 44 casos complicados, revela una mortalidad de 9.1% entre las que incluye las perforaciones gástricas, pero todas hechas por vía torácica.

En nuestro caso, pensamos que la perforación puede estar explicada por un mecanismo isquémico del estómago, dado por un elongamiento de los vasos cortos, que la arteria cardioesófago tuberositaria anterior haya quedado estenosada por el manchón gástrico y que la enferma no tuviera la arteria cardioesófago tuberositaria posterior que como sabemos es inconstante; y de ahí la necrosis del techo gástrico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BURNETT H.F., READ R.C., et WOODWARD E., Post operative diaphragmatic herniation following transthoracic fundoplication. A note of warning. Arch, Surg, 106: 164, 1973.
2. Estapé, G. Hernias del hiato esofágico. Tesis de Doctorado. Fac.de Med.de Montevideo. 1972. Inédita.
3. Peix, J.L., Boulieux, J., Bouley J, Donné R et Maillet P. Complications et sequelles des fundoplicatures. Lyon Chir, 76: 6, 1981.
4. Rossetti, M. Fundoplication as treatment of gastro-esophageal reflux. World J.Surg, 4: 439, 1977.