

Mesa Redonda. Patología esofágica benigna. ¿Todo sigue igual?

Recidiva de la hernia de hiato tras cirugía antirreflujo. ¿Y ahora qué hacemos?

Recurrence of hiatal hernia after antireflux surgery: what do we do now?

Mogollón González M

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

El fracaso de la cirugía antirreflujo representa una patología relativamente común que, incluso en centros de alto volumen, plantea un desafío diagnóstico y terapéutico para los cirujanos. Se ha demostrado que la tasa de recurrencia de la hernia de hiato tras cirugía laparoscópica primaria puede variar entre el 25% y el 42% y dependerá de factores fisiológicos (fuerzas axiales y radiales), propios del paciente, de la técnica quirúrgica empleada y del período de seguimiento.

La **presentación clínica** puede ser variable, aunque son tres los motivos principales de consulta derivados del fracaso de la cirugía antirreflujo:

- Recidiva de la pirosis (2-17%) y la regurgitación (20%). Las causas de este fracaso incluyen: funduplicatura laxa o disrupción de la misma, cruroplastia inadecuada, migración de la funduplicatura al tórax o longitud insuficiente del esófago abdominal.

- Disfagia, que afecta al 3-30% de los pacientes durante el primer año y al 5-8% de manera prolongada. Esta puede derivarse de trastornos funcionales esofágicos o alteraciones estructurales, tales como: deslizamiento de la funduplicatura al tórax; obstrucción de la unión esofagogástrica (UEG), causada por un hiato estrecho debido a un cierre excesivo de los pilares diafragmáticos o retracción por la colocación previa de materia protésico, o estenosis debido a funduplicaturas largas o estrechas.

- *Gas-bloat*, que puede aparecer hasta en un 60% de los pacientes, especialmente en aquellos con funduplicatura completa, con un deterioro significativo de la calidad de vida.

Ante la reaparición de síntomas, es fundamental realizar una **evaluación exhaustiva** para determinar la estrategia terapéutica más

CORRESPONDENCIA

Mónica Mogollón González
Hospital Universitario Virgen de las Nieves
18014 Granada
monica.mogollon.sspa@juntadeandalucia.es

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Mogollón González M. Recidiva de la hernia de hiato tras cirugía antirreflujo. ¿Y ahora qué hacemos?. Cir Andal. 2024;35(3):322-324. DOI: 10.37351/2024353.9

adecuada para cada caso. Una historia clínica detallada permitirá comprender el tipo y la gravedad de los síntomas, así como su relación con la sintomatología inicial. También será necesario valorar la integridad de la anatomía quirúrgica mediante estudios radiológicos que proporcionen detalles funcionales, como el tránsito baritado, complementado con tomografía computarizada o endoscopia digestiva alta, que pueden ofrecernos información sobre posibles fallos técnicos. El estudio se complementará con una manometría, especialmente si sospechamos un diagnóstico no detectado de dismotilidad esofágica. Asimismo, la realización de pHmetría ambulatoria, junto con la impedanciometría intraluminar, ayudará a identificar si la recurrencia sintomática se debe a la presencia de reflujo patológico.

La clasificación de Horgan distingue tres tipos de fallos en la funduplicatura:

- Tipo I: herniación de la UEG a través del hiato, que puede presentarse con herniación de la funduplicatura (subtipo A) o sin herniación de la funduplicatura (subtipo B).
- Tipo II: deslizamiento paraesofágico de la hernia.
- Tipo III: defecto en la configuración de la funduplicatura.

En relación al **tratamiento** en estos casos, será fundamental iniciar terapia médica empírica, priorizando esta estrategia antes de considerar la cirugía de revisión. Se pueden utilizar inhibidores de la bomba de protones o fármacos procinéticos, junto con la modificación de los hábitos dietéticos, para el control de la sintomatología.

A diferencia de la cirugía primaria, no existen protocolos establecidos para la cirugía de revisión. Esta se considerará cuando el tratamiento médico no logre controlar los síntomas, lo cual ocurre en aproximadamente el 2,8-6% de los pacientes sometidos a cirugía antirreflujo. Se trata de cirugías técnicamente exigentes y complejas que conllevan una morbilidad significativa. Por lo tanto, es recomendable que se realicen en centros de alto volumen por cirujanos experimentados.

Los factores más comúnmente citados como causas del fracaso incluyen una selección inadecuada de pacientes, elección incorrecta de la técnica quirúrgica y errores técnicos durante el procedimiento inicial, como una movilización insuficiente del esófago intraabdominal, la eliminación incompleta del saco herniario y los defectos en el cierre hiatal o en la confección de la funduplicatura.

La decisión de la reintervención debe basarse por lo tanto, en la condición inicial del paciente, su riesgo quirúrgico, la gravedad de los síntomas y su respuesta al tratamiento médico. El abordaje más comúnmente utilizado en la mayoría de los casos es el abdominal vía laparoscópica. En los últimos años, con el progresivo desarrollo de la cirugía robótica, se han publicado diversos estudios que la presentan como una alternativa factible y segura. Esto se debe a la gran maniobrabilidad y visión que proporciona el robot, lo que permite mantener resultados equiparables.

Aunque se ha demostrado que la cirugía de revisión es en general segura, aún existe debate sobre el tipo de cirugía a la que someter al paciente. La restauración de la anatomía original es fundamental para comprender tanto el motivo del fracaso de la técnica previa

como para determinar la reconstrucción más adecuada en cada caso, siendo este el objetivo principal de la cirugía de revisión.

Para lograrlo, es fundamental tener en cuenta varios aspectos técnicos:

- Reestablecimiento de la anatomía normal: implica una cuidadosa disección del hiato y la identificación de ambos pilares diafragmáticos, así como una extensa disección del mediastino que permita reducir las estructuras deslizadas. Asimismo, se debe desmontar cualquier funduplicatura previa no funcional.
- Disección del *fat pad*: necesaria para la correcta identificación de la UEG que permite colocar la nueva funduplicatura en la posición más adecuada. En casos de esófago intraabdominal corto, se puede llevar a cabo una extensa disección de la UEG para aplicar técnicas de alargamiento esofágico, como la técnica de Collis en sus distintas variantes.
- Cierre del hiato: si existe dificultad técnica se puede realizar una plicatura de los pilares diafragmáticos, realizar incisiones de relajación para descargar tensión o crear un neumotórax izquierdo en pilares elongados. Aunque el uso de mallas de refuerzo es controvertido, algunos estudios sugieren su beneficio a corto plazo en estos casos.
- Reconstrucción de la funduplicatura: se debe considerar la motilidad esofágica y las razones para la reintervención. En ausencia de trastornos de la motilidad, se puede optar por realizar una funduplicatura *floppy* Nissen. Sin embargo, si hay sospecha de dismotilidad esofágica o si el paciente refiere *gas bloat* como síntoma limitante, se debe considerar una funduplicatura parcial, como la de Toupet.
- *Bypass* gástrico en Y de Roux o cirugía resectiva (esofagectomía o gastrectomía): en el contexto de la cirugía revisional en pacientes obesos, con múltiples cirugías previas, estenosis intratables, erosión de malla previa o dismotilidad severa, estas opciones quirúrgicas deben barajarse.

Una complicación poco frecuente pero extremadamente grave es la migración aguda de la funduplicatura al mediastino. La aparición de dolor epigástrico intenso en el postoperatorio inmediato, acompañado a náuseas improductivas, sugieren el diagnóstico. En este caso la tomografía computarizada con contraste intravenoso y oral será de utilidad. La cirugía en estos casos debe ser precoz para evitar la isquemia de la funduplicatura herniada. Aunque el abordaje laparoscópico es factible, la reducción de la hernia es más exigente. La consideración de una gastropexia en estas situaciones puede ayudar a reducir la recidiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wescor LZ, Ward M. Techniques for closing the hiatus: mesh, pledgets and suture techniques. *Ann Laparosc Endosc Surg.* 2020;5:16.
2. Yalav O, Gumus S, Erdogan O, Teke Z, Rencuzogullari A. Laparoscopic revisional surgery for failed anti-reflux procedures. *Ann Ital Chir.* 2021;92:353- 60.

3. Athanasiadis DI, Selzer D, Stefanidis D, Choi JN, Banerjee A. Postoperative dysphagia following esophagogastric fundoplication: Does the timing to first dilation matter? *J Gastrointest Surg.* 2021;25(11):2750-6.
4. Parrilla Paricio P, García-Granero Ximénez E, Martín Pérez E, Morales-Conde S, Navarro Soto S, Targarona Soler E.M. 3ª edición (2022). *Manual de la Asociación Española de Cirujanos.* Editorial Panamericana.
5. Shao JM, Elhage SA, Prasad T, Gersin K, Augenstein VA, Colavita PD, et al. Best reoperative strategy for failed fundoplication: redo fundoplication or conversion to Roux-en-Y gastric diversion? *Surg Endosc.* 2021;35(7):3865-73.
6. Tolboom RC, Draaisma WA, Broeders IA. Evaluation of conventional laparoscopic versus robot-assisted laparoscopic redo hiatal hernia and reflux surgery: a cohort study. *J Robot Surg.* 2016;10(1):33-9.
7. Hanna NM, Kumar SS, Collings AT, Pandya YK, Kurtz J, Kooragayala K. Management of symptomatic, asymptomatic, and recurrent hiatal hernia: a systematic review and meta-analysis. *Surg Endosc.* 2024;38(6):2917-38.