



Dr. Aldo Antonio Ávila De Menezes

Cirujano General

Cirugía Laparoscópica y Robótica

www.avilasurgical.com

Centro Médico Integral
8 piso consultorio #9
Ave. Justo Arosemena y CI, 38
Telefono: 207-8210

Celular: 6612-4125
E-mail: aavila@avilasurgical.com
aldoavilamd@gmail.com

Cirugía para la Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico (ERGE), por Laparoscopia o Robótica

¿Qué es la Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico (ERGE)?

Muchas personas sufren de “acidez y dolor estomacal”. En realidad estos son síntomas de una condición en la cual los jugos y contenido gástrico se regresan al esófago, causando ardor y dolor retroesternal (en el pecho), puede llegar hasta el cuello y garganta, y está asociado con náuseas, vómitos, regurgitación, problemas para tragar y cambio en el tono de la voz.

¿Qué causa la ERGE?

Cuando usted come, el alimento viaja de su boca al estómago a través de un órgano tubular llamado esófago. En la unión entre esófago y estómago se encuentra el esfínter esofágico inferior formado por fibras musculares. Este esfínter funciona como una válvula unidireccional permitiendo que los alimentos pasen solo desde el esófago al estómago y evitando que los jugos gástricos pasen del estómago al esófago.

Cuando el esfínter no funciona adecuadamente, el contenido gástrico que es sumamente ácido, puede pasar al esófago, quemándolo, irritándolo e inflamándolo; esto causa acidez y puede dañar al esófago causando una condición llamada esófago de Barrett.

¿Qué contribuye a la ERGE?

Algunas personas pueden nacer con un esfínter esofágico inferior débil. Otras personas pueden desarrollar la debilidad ingiriendo alimentos grasos, picantes, café, menta, ciertos medicamentos, tabaquismo, beber alcohol, por obesidad, ejercicio vigoroso entre otras causas.

Además, en algunas personas, el espacio por donde pasa el esófago al abdomen, se dilata haciendo que el estómago suba hacia el tórax, condición que se conoce como hernia hiatal, lo cual también contribuye a la ERGE. La cirugía para la ERGE también corrige la hernia hiatal.

¿Cómo se diagnostica la ERGE?

Además de una historia y examen físico adecuado, su cirujano o gastroenterólogo le podrá ordenar una endoscopia alta, estudio contrastado del tracto digestivo superior, manometría y/o pmetría. Se podrán complementar estos con otros estudios no solo para diagnosticar ERGE si no también para considerar la cirugía como opción terapéutica.

Opciones de tratamiento Médico y Quirúrgico

La Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico ERGE por lo general se trata progresivamente de la siguiente forma.

- Cambios en estilo de vida:
Cambios en la dieta, pérdida de peso y eliminación del consumo de alcohol y tabaquismo pueden ayudar a controlar los síntomas.
- Tratamiento con medicamentos:
Hay medicamentos que ayudan a controlar el ácido producido en el estómago o ayudan a disminuir su producción. Ellos pueden controlar los síntomas y a curar la inflamación que se puede producir en el esófago.
- Cirugía:
Cuando el paciente no responde adecuadamente a los tratamientos anteriores o por alguna razón no pueden o desean continuar con la medicación, se puede ofrecer la cirugía como tratamiento. La cirugía es eficaz en el control de los síntomas y por lo general se realiza para reparar la hernia hiatal y crear una nueva válvula unidireccional donde está el esfínter esofágico inferior.

¿Cuáles son las ventajas de realizar la cirugía anti-reflujo por cirugía mínimamente invasiva?

En comparación con la cirugía tradicional o cirugía abierta, en lugar de una incisión larga en el abdomen superior, se realizan pequeños orificios en el abdomen. Por ello, la recuperación de los pacientes es más rápida, tienen menos dolor posoperatorio y menos tiempo de incapacidad. La mayoría de los pacientes se operan y regresan a casa al día siguiente de la cirugía.

¿Es usted candidato para cirugía mínimamente invasiva?

A pesar de que se debe ofrecer a todas las personas los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva, no todos son candidatos a ella. Condiciones médicas de salud, cirugías abdominales previas, pueden contraindicar este abordaje. Una evaluación detallada con el médico puede determinar si usted es buen candidato o no.

¿Qué preparación se requiere para la cirugía anti-reflujo?

Luego de conversar con su cirujano y aclarar todo al respecto de ERGE y la cirugía, se le ordenarán análisis de sangre, evaluaciones médicas preoperatorias (en caso de ser necesario), dependiendo de la edad electrocardiograma y radiografía de tórax.

Se discutirán los riesgos y beneficios potenciales de la operación y el consentimiento informado para la cirugía.

Medicamentos y alimentos podrán y deberán ser suspendidos temporalmente días antes de la cirugía, por ejemplo: anticoagulantes, antiinflamatorios, aspirina, té, vit E.

En la noche antes y el mismo día de la cirugía, debe ducharse y lavarse adecuadamente el abdomen, en algunos casos con jabón con antibiótico o con clorhexidina. No se afeite el abdomen antes de la cirugía. De requerirlo, su cirujano lo hará momentos antes del procedimiento.

No debe comer ni beber nada desde la noche anterior a la cirugía. Su cirujano le dará las indicaciones exactas. Si se le ordena tomar algún medicamento en la mañana de la cirugía, debe hacerlos con solo un pequeño sorbo de agua.

Si es fumador, debe dejar de fumar semanas antes de la cirugía. Es muy probable que usted regrese a casa al día siguiente la cirugía. Haga arreglos para cualquier ayuda que pueda necesitar en casa antes y después del procedimiento.

¿Cómo se realiza la cirugía anti-reflujo?

Aunque pueden haber diferentes cirugías anti-reflujo gastroesofágico, la más comúnmente realizada es la “funduplicatura de Nissen” que consiste en reforzar el esfínter esofágico inferior envolviendo la parte inferior del esófago con el fondo del estómago. Esto además de ayudar al efecto de válvula, mejora el ángulo y colabora a evitar el reflujo.

El abordaje mínimamente invasivo se realiza a través de 5 pequeñas incisiones en el abdomen por donde se introducen una cámara y pinzas para realizar la cirugía

¿Qué sucede si la reparación de la hernia inguinal no puede ser realizada o completada por cirugía mínimamente invasiva?

En algunos pocos pacientes no se puede terminar la cirugía por laparoscopia o por robot. En casos de hernias hiatales muy grandes con cambios de fibrosis por inflamación crónica, paciente obesos, pacientes con anatomía muy diferente a la común, pacientes con cirugías abdominales previas, con sangrados durante la operación o pacientes con pobre tolerancia al neumoperitoneo, es posible la necesidad de convertir la cirugía a cirugía abierta.

La decisión de realizar cirugía abierta es a juicio y criterio del cirujano antes o durante de la operación. Esta decisión no es producto de una complicación sino más bien es un buen juicio quirúrgico del cirujano que por tema de seguridad del paciente toma la mejor decisión.

¿Qué debo esperar luego de la cirugía anti-reflujo?

La mayoría de los pacientes se van a casa al día siguiente de la cirugía.

Después de la operación Ud. será llevado a sala de recuperación donde permanecerá 2-3 horas hasta que se despierte de la anestesia. Una vez este despierto, pueda caminar y orine sin problemas, subirá a su cuarto. Antes de iniciar dieta, su cirujano ordenará un estudio contrastado para verificar la neoválvula.

Una vez en casa, se recomienda dieta líquida fraccionada los primeros días después de la cirugía, además del uso constante y estricto de hielo sobre las heridas los primeros días.

Se recomienda fuertemente iniciar movilización y deambulación el mismo día de la cirugía, dependiendo de cómo se sienta el paciente.

Los apósitos de mantenerse secos, se deben retirar 3-4 días después de la cirugía y las heridas lavarse con agua y jabón dos veces al día.

Por lo general la recuperación es progresiva, los pacientes retoman sus actividades normales días después de la cirugía. Los pacientes con funciones en escritorio o administrativa, regresan a trabajar luego de algunos días. Aquellos con labores manuales, trabajos que involucre fuerza física pueden que requieran más tiempo de incapacidad.

Debe agendar una cita con su cirujano 7-10 días después de la cirugía para control posoperatorio.

¿Qué complicaciones pueden ocurrir?

Todos los procedimientos quirúrgicos pueden tener complicaciones. Los riesgos varían de paciente a paciente y de procedimiento a procedimiento.

La gran mayoría de los procedimientos mínimamente invasivos para la reparación de reflujo gastroesofágico no presentan complicaciones y los pacientes regresan rápidamente a sus actividades diarias normales.

Algunas complicaciones aunque infrecuentes pueden ser: sangrados, infección de la herida, hernias, coágulos de sangre. Además pueden presentarse lesiones no intencionales de estructuras adyacentes lo que puede requerir otra cirugía para su reparación.

Por el tipo de cirugía, es esperado que los paciente se sientan como “atorados o apretados” y en los primeros meses tengan algún grado de dificultad para ingerir alimentos sólidos. Esto se debe a la hinchazón que puede ocurrir en el área de la cirugía y al estómago que envuelve al esófago. Por ello se recomienda dieta líquida luego de la cirugía y una vez su cirujano le permita ingerir comida blanda o corriente, masticar bien los alimentos.

Recuerde que cada vez que se repara una hernia hiatal, esta puede reaparecer. Esto va a depender de la complejidad y tamaño de la hernia, del uso o no de malla, de los cuidados posoperatorios y de la experiencia y técnica del cirujano.

¿Cuándo llamar a su médico luego de que se realizó reparación de hernia inguinal?

- Fiebre persistente igual o mayor a 39 C
 - Dolor abdominal intenso
 - Náuseas y vómitos persistentes
 - Aumento del perímetro abdominal
 - Escalofríos
 - Tos persistente o dificultad respiratoria
 - Salida de pus por las heridas
 - Aumento de volumen y enrojecimiento de las heridas
 - Usted no puede comer o beber líquidos
 - Cualquier otra preocupación o pregunta relacionada con su recuperación.
-