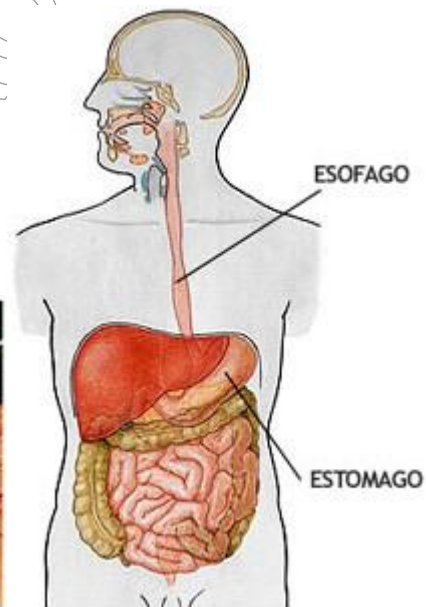


CIRUGÍA LAPAROSCOPICA DEL REFLUJO GASTRO-ESOFAGICO Y HERNIAS HIATALES:



- El esófago es un tubo muscular que se extiende desde la boca, desde la faringe hasta estómago. Su primera porción se sitúa en el cuello, la parte más larga en el tórax y una tercera pequeña parte en el abdomen. El esófago atraviesa el diafragma, el músculo que separa el tórax del abdomen, por su parte posterior, cerca de la columna, a través de un orificio que se llama hiato.

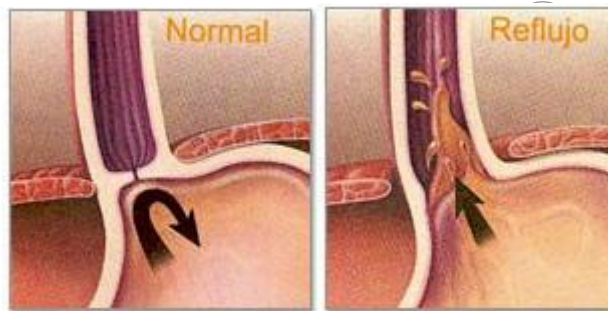


¿QUÉ ES LA HERNIA DE HIATO?

- En condiciones normales el estómago se encuentra situado en el abdomen, justo por debajo del músculo diafragma, estando en comunicación con el esófago, lo que permite la llegada de alimentos a su interior. El esófago atraviesa el músculo diafragma a través de un orificio que se llama hiato. Si ese orificio, por variadas razones, aumenta de tamaño, puede ocurrir que una parte del estómago se 'cuele' o se introduzca a través del hiato. Es lo que se llama hernia de hiato (hernia de estómago). Cuando esto ocurre suele producir en muchos casos reflujo gastroesofágico.

¿QUÉ ES EL REFLUJO GASTROESOFÁGICO?

- Normalmente el contenido que hay en el estómago (alimentos y jugos digestivos producidos por el estómago) no puede pasar de nuevo (en sentido ascendente) hacia el esófago. Ello se debe a la existencia de un mecanismo valvular que hay en la unión entre esófago y estómago que llamamos esfínter esofágico inferior. Si por diversas causas este sistema valvular falla, se produce paso del contenido del estómago a esófago, entonces hablamos de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).



- El contenido del estómago es rico en fermentos digestivos muy potentes como el ácido clorhídrico o la bilis (que en ocasiones también la hay en estómago proveniente del duodeno). Dicho estómago está preparado para contener estas sustancias, pero el esófago no, por lo que si ascienden y llegan al esófago lo irritan y lesionan produciendo incluso quemaduras químicas. Es lo que llamamos esofagitis por reflujo.

¿QUÉ SÍNTOMAS CAUSA LA HERNIA DE HIATO Y LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO?

- El síntoma fundamental se llama pirosis y consiste en la sensación de acidez o ardor que nota el paciente en ocasiones en la zona central del pecho (zona retroesternal). También puede producir regurgitaciones (ascenso de comida a la boca), vómitos (a veces con sangre procedente de las lesiones en esófago), neumonías por aspiración (paso de comida a vías respiratorias)... Además, una enfermedad por reflujo mantenida largo tiempo puede asociarse con la aparición de cáncer de esófago.

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA EL REFLUJO Y LA HERNIA DE HIATO?

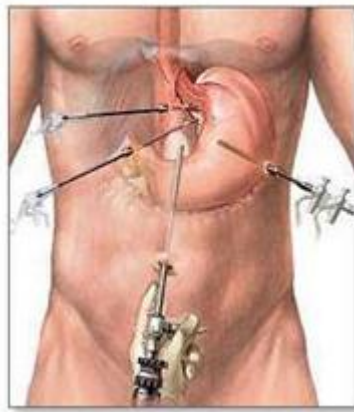
Se hace con tres pruebas fundamentales:

- Tránsito esófago-gástrico. Consistente en tomar por boca contraste radio-opaco (papilla de bario) y hacer unas radiografías.
- Endoscopia digestiva. La cual permite ver si existen lesiones en el esófago

- Phmetria y manometria. Nos permite medir la presión del esfínter esofágico inferior y ver si funciona bien o no. También nos dice si el reflujo es ácido (ácido clorhídrico) o alcalino (bilis)

¿CUAL ES EL TRATAMIENTO DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO Y DE LA HERNIA DE HIATO?

- Normalmente se suele empezar con tratamiento médico (cápsulas de omeprazol o derivados) Si el tratamiento médico es prolongado, no es efectivo, la hernia de hiato muy grande o las lesiones esofágicas importantes, entonces debe operarse por vía laparoscópica.



¿EN QUÉ CONSISTE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO Y LA HERNIA DE HIATO?

- Consiste en realizar la intervención sin abrir el abdomen, trabajando a través de pequeños trócares (orificios) de 5 ó 12 mm, por donde introducimos una cámara y el instrumental necesario para operar, esto nos permite visualizar todo lo que hacemos en un monitor de televisión. La operación consiste en reparar mediante puntos en el diafragma el orificio del hiato y crear una nueva válvula en la unión del esófago y el estómago aprovechando una parte del estómago que se llama fundus, esta nueva válvula tiene forma de corbata (abrazo la parte final del esófago) y es la intervención que llamamos funduplicatura (las hay de varios tipos).
- Este tipo de cirugía requiere una alta calificación técnica por parte del cirujano (precisa formación específica para ello) y una especial dotación tecnológica del centro donde se realiza (se precisan suturas automáticas, bisturí armónico, instrumental específico, etc.).



FUNDUPLICATURA 360° TIPO NISSEN

¿QUÉ VENTAJAS TIENE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA?

• Al hacerse heridas muy pequeñas, el dolor es menor. En consecuencia, la recuperación es mucho más rápida, mejorando la movilización precoz, estado general y de ánimo del paciente, evitando o disminuyendo complicaciones potencialmente graves (trombosis, embolias, neumonías, complicaciones respiratorias, etc.). Al ser las incisiones tan pequeñas, la posibilidad de infección casi no existe y las eventraciones, o lo que es lo mismo, las hernias en la herida operatoria, las cuales pueden superar el 40% en la cirugía abierta, desaparecen en la cirugía laparoscópica. El trato delicado del intestino, mediante pequeñas pinzas, sin agarrarlo con la mano, hace que recupere su movilidad antes, por lo que la ingesta es más precoz y los alimentos se toleran mejor. En resumen:

- MENOS DOLOR.
- MENOS VÓMITOS Y MENOR TIEMPO DE AYUNO POSTOPERATORIO
- MENOS COMPLICACIONES TROMBOEMBÓLICAS.
- MENOS COMPLICACIONES PULMONARES.
- MENOS INFECCIONES DE HERIDA.
- MENOS EVENTRACIONES.
- MENOS CICATRICES. MEJOR RESULTADO ESTÉTICO.
- MENOS ADHERENCIAS.
- MEJOR RECUPERACIÓN.
- VUELTA A SU ACTIVIDAD NORMAL MÁS RÁPIDA

¿QUÉ DESVENTAJAS TIENE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA?

• Precisa un cirujano con formación específica, no todos los profesionales son capaces de realizarla. Se requiere tecnología avanzada, por lo que el coste económico inicial de la intervención es mayor, aunque a medio plazo, debido a que se tiene que estar menos tiempo ingresado y muchas complicaciones casi no aparecen, el costo económico total es menor.

¿QUÉ PASOS DEBO SEGUIR PARA OPERARME DE HERNIA DE HIATO O REFLUJO GASTROESOFÁGICO?

1º) Preoperatorio:

Deberá ser valorado por su cirujano, quien le realizará la historia clínica y exploración completa.

• Las pruebas que solicitamos antes de la intervención son:

- Tránsito esófago gástrico
- Endoscopia digestiva
- Phmetría y manometría

• Preoperatorio convencional (analítica, radiografía de tórax y electrocardiograma)

Si toma alguna medicación de forma habitual, el cirujano le indicará si debe seguir con ella o abandonarla antes de la intervención.

2º) Intervención:

• Ingresará en clínica 2 horas antes de la intervención para ser preparado, La operación tiene una duración muy variable dependiendo de cada paciente (no suele exceder de una hora). No obstante, la correcta colocación y preparación del paciente en el quirófano, así como la inducción anestésica, estabilización y despertar llevan su tiempo, así que no deben preocuparse los familiares si el tiempo de estancia en quirófano se alarga. Es una cirugía que debe realizarse paso a paso, sin prisas. A las 6 horas de la operación se inicia la ingesta de líquidos, y si no hay incidencias, el alta se da entre las 12 y 48 horas de postoperatorio.

3º) Alta:

Si no hay incidencias la salida del hospital se produce entre 12 y 48 horas tras la intervención.

¿QUÉ OCURRE DESPUÉS DEL ALTA HOSPITALARIA?

• Cuando llegue a su domicilio debe hacer reposo relativo, siendo aconsejable realizar cortos paseos por la casa o sus alrededores. Las molestias son pocas, de hecho no solemos prescribir analgésicos tras el alta. Pueden bañarse al día siguiente de llegar a casa. A los diez días desde la operación acudirá a consulta de su cirujano que procederá a retirar los puntos de piel.

• Es muy probable que en el espacio de una semana pueda volver a sus actividades normales, incluso a trabajar si no realiza esfuerzos físicos (en caso contrario aconsejamos baja laboral un poco más prolongada). La presencia de fiebre, dolor abdominal, náuseas y/o vómitos persistentes, o salida de líquido por alguna de las heridas nos indican que puede haber alguna complicación. En este caso debe ponerse en contacto inmediatamente con su cirujano.

¿EXISTEN RIESGOS RELACIONADOS CON LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA?

• Toda operación, por simple que sea, entraña cierto grado de riesgo., la gran mayoría de los pacientes operados por laparoscopia experimentan pocas o ninguna complicación, y rápidamente vuelven a sus actividades normales. Las complicaciones tras cirugía laparoscópica pueden incluir: enfisema subcutáneo, hemorragia, infección de herida, neumonía postoperatoria, trombosis venosa profunda y/o embolismo pulmonar, etc.. De forma global la suma de todas complicaciones no suele superar el 1% de los procedimientos laparoscópicos. Hay que tener en cuenta que cuando un cirujano indica una intervención quirúrgica, es por que el riesgo de la operación es menor que el riesgo que entraña una patología sin tratar.