

ASPECTOS QUIRURGICOS DE LA ENF POR REFLUJO GASTROESOFAGICO (ERGE) Y DE LOS TRANSTORNOS MOTORES ESOFAGICOS.

RGE:

Factores implicados en la patogenia

Consecuencias del RGE patológico: **esofagitis** fundamentalment. Y menos el segundo pero tb puede haber complicaciones respiratoria y el anillo.

Esofagitis: el pp problema es el reflujo,.

Clasificación de los angeles.

Datos clínicos:

- Pirosis retroesternal: no puede hecharse la siesto porq se le viene todo.

DX: tiene una serie de vertientes:

- El hecho de tener una hernia no siempre va a tener reflujo y mucho menos q se deba hacer cirugía.
- Uno leve lo tenemos todos, es decir debemos de DEMOSTRAR Q EXISTE RGE.
- Estas 3 primeras se ven con radiografía o endoscopia
- Ver

PRUEBAS COMPLEMENTARIA

TTO CONSERVADOR

FACTORES Q INFLUYE EL TTO QX:

- DOS FACTORES DONDE NO INFLUYE: MCN ANT Y LA OTRA SOLO SE TRATA CON QX LOS DEMAS SE PUEDE TRATAR MEDICAMENTE.

RGE:

Barrera antirreflujo (EEI)

El EEI debe ser capaz de relajarse en cada deglución

tto

FUNDUPLICATURA DE NISSEN: hacer un valvula alrededor del esófago con el fundus y suturamos. No se debe hacer muy pegada para no provocar disfagia. El mcn es q al entrar alimento aument p^o intragástrica sube la fundus y hay aumetno del tono de EEI.

Se usa:

CALIBRACION ESOFAGICA: no se usa, ya q con la experiencia ves si esta apretada, si queda bien o no.

Hay casos especiales en los q no se puede hacer una funduplicatura y se hace una apластиa de 180° con sutura de esófago. Es funduplicatura de Toupet. Es parcial. Es menos efectiva que la anterior a largo plazo.

Otros factores q influyen la barrera antirreflujo

Crura diafragmatica: el hiato esofágico tiene una apertura q se tiene que suturar para hacer una abertura cerca. La crura diafragmática se mueve en la inspiración desciende y provoca angulación esofágica y es de 1 cm. Con lo q tiene un efecto barrera antireflujo y protección de hernias.

Refuerzo de la crura diafragmática

RESUMEN,

- DISECCION Y REDUCCION
- Sin apretar.
- Para q el eei quede en situación intrabdominal, para que no ascienda al torax
- Tener cuidado donde colocamos la plastia. Si es demasiado alto o sobre el estomago y el fx es incorrecto.
- Es el gold estándar!!!!!!

LAPAROSCOPIA: 4 trócares.

Sección del pilar derecho: allí se diseca el esófago y una vez liberado se hace una disección por la parte posterior y finalmente paso un lazo por la cara posterior. Pasamos el fundus tras el esófago. Al final se sutura.

En los casos de grandes hernias hiatales, obesos no es una técnica tan fácil por el tiempo de disección.

CONSIDERACIONES GENERALES: única manera de mejorar la barrera gastroesofágica pero no se hace en todos porq puede haber efectos secundarios tras ella y siempre hay riesgo. Hay que valorar que pacientes se operan o no.

Con los inh de bomba de protones se manejaban bien pero desde que apareció la laparoscopia se hacen mas cada día.

Complicaciones

- Desgarros hepáticos, fundus
- No puede tragar incluso habiendo sido un éxito la intervención

- Leve o grave q dura meses. Xq la valvula no puede ser selectiva, y no solo no deja pasar acido sino q no excluye el gas y se va acumulando en el estomago hasta q sale por otro lado
- Es muy rara y solo cuando hay lesión vagal
- No se reopera a todos, si hay un reflujo porq no ha sido suficiente con qx hay q tratar medicamente y mejor.

FRACASO DE LA CIRUGIA: la modificación del reflujo alcalino medicamente es complicado por eso hacemos esto.

Complicaciones de esofagitis.

- Ulceraciones. Perforación y sangrado

Si acortamiento esofágico → hacemos collis por laparotomía.... No es buena porq dejamos algo de mucosa.

Por laparoscopia es igual y se hace un agujero por el q luego se mete.

ESOFAGO DE BARRET:

Patogenia: se trata de una condición adquirida.

Malignicizacion

- Medidas preventivas, si es severa habría q pensárselo.

Valoracion de cirugía

- Eso
- Asi podemos tener confirmación
- Hay q confirmar q lo tiene, sino malamente mejorará
- Debemos saber si tenemos un curpo...

Indicaciones de cirugía

- L
- Aunq esta en tto
- L
- L
- L

TRANSTORNOS MOTORES DEL ESOFAGO

Dentro de los primario el mas import es la **acalasia de cardias** (ausencia de peristaltismo)

ACALASIA es mas frec mas definida y caracterización clara de tto qx

Etiología es desconocida. Se piensa q la acalasia idiopática puede ser x destrucción del plexo de auerbach por virus etc....

Dx

- Clx: pierden peso , tienen problemas de nutrición.
- Rx con bario cola de raton
- Endoscopia
- Manometria

Objetivos del tto.

- Reducir la pº del EEI para lograr vaciamiento x gravedad!!

Tto:

dilatación forzada del cardias.

Miotomia tiop h  ller: la perforación suele ocurrir mientras se hace la sección muscular.

Consiste en una miotomia al interior.

Seccin gástrica; parece que hay mas residivas cuando se secciona menos en este nivel, pero si seccionas mas de 1cm tienes q asociar una técnica antirreflujo.

HELLER. TIPO DE ANTIRREFLUJO.

Plastia posterior: El inconveniente es q se pega a la mucosa y puede dar problems.

Plastian anterior:

Indicaciones:

Fracazos con otras técnicas.: acalasia recidivada. Esófago sigmoideo y espasmo esfogico difuso.
En el resto de TME se trata solo la sintomatología.