

# Calibración intraesofágica y extraesofágica transabdominal con tubo de látex durante la cirugía antirreflujo



Dr. Luis Poggi Machuca \*

## SUMMARY

*Postoperative fundoplication dysphagia is multifactorial. The no-calibration at hiatal repair or fundoplication and the esophagus trauma transoperative with the bougie 60 Fr are another causes.*

*With the aid a nasogastric tube 20 Fr and a latex tube 34 Fr for 20 cm, we can have a suitable calibration for hiatal repair and fundoplication with total diameter of 54 Fr.*

*Correspondencia: Dr. Luis Poggi M.  
Clínica Anglo Americana. Alfredo  
Salazar 300. San Isidro. Lima-Perú*

*Recibido: Noviembre 22, 2000  
Aprobado: Noviembre 28, 2000*

## INTRODUCCION

Durante la realización de la operación para tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico son necesarias varias pautas:

- a) Buena disección y reconocimiento de las estructuras,
- b) Liberación de los vasos cortos,
- c) Cierre de pilares del hiato esofágico,
- d) Funduplicatura 360°,
- e) Calibración del hiato esofágico y de la funduplicatura con una bujía de 60 French.

En nuestra fase inicial le dimos la debida importancia a la calibración, para lo cual conseguimos una bujía 60 Fr. Resulta de interés subrayar que cada vez que el anestesiólogo introducía dicha bujía, todos enmudecían por el riesgo de

ruptura del esófago. Igualmente nos llamaba la atención cuando al retirar la bujía esta salía completamente ensangrentada, haciéndonos pensar en perforación, desgarró o complicación inherente a esta maniobra.

Tras la reducción a calibre 34 Fr. continuó sucediendo lo mismo, lo que nos hizo decidir no utilizarla. Finalmente optamos por hacer técnicas flojas y calibrar el hiato al cálculo aproximado.

El resultado fue negativo en tanto tuvimos algunas disfagias que llegaron al 5 %, cuando quedo más ajustado que lo esperado obligando a prolongar las dietas licuadas hasta que dicha disfagia pasara. No tuvimos que realizar dilataciones en ningún caso. En un caso se produjo un deslizamiento parcial de la pared posterior de la

funduplicatura probablemente debido a un cierre no calibrado que quedó muy holgado.

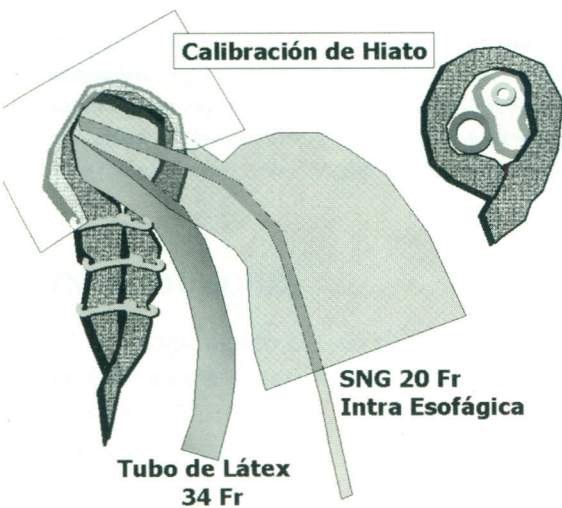
Dentro de la interpretación del origen de la disfagia se ha hablado de la liberación de los vasos cortos, de la calibración, de la funduplicatura total o parcial, suelta y corta (*floppy - short*), de la torsión y tracción del esófago. Empezamos a liberar los vasos cortos de rutina e hicimos Nissen cortos y muy sueltos, con o sin vagotomía ultraselectiva; pero esto no cambió la disfagia.

Frente a calibraciones inexactas por variables de ajuste del esófago producidas por lo subjetivo del método y por las grandes periesofagitis que engrosan el esófago, decidimos calibrar tanto el cierre del hiato esofágico como la funduplicatura y para esto ideamos una manera que la describiremos a continuación.

\* Cirujano General y Laparoscopista de la Clínica Anglo Americana y Hospital Guillermo Almenara - EsSalud. Lima - Perú

## CALIBRACION INTRA Y EXTRAESOFAGICA TRANSABDOMINAL

Se considera que una calibración puede considerarse adecuada cuando se hace sobre una bujía calibre entre 50 a 60 Fr. Esta calibración en nuestras manos ha sido siempre muy traumática, por lo tanto optamos por idear una forma práctica, barata, simple, con poco riesgo de iatrogenia y fácil de adquirir en cualquier quirófano; usando un tubo de aspiración de látex calibre 34 Fr.



Al pasar una sonda nasogástrica 18 ó 20 Fr y luego introducimos a la cavidad abdominal un segmento de 20 cm de tubo látex 34 Fr que colocaremos en el hiato en el momento del cierre de los pilares estaremos calibrando el hiato a 54 Fr (20 de la sonda nasogástrica y 34 del tubo de látex). Después de calibrar el hiato se retira el tubo y veremos que queda justo alrededor del esófago.

Terminado el cierre de los pilares se pasa a la funduplicatura de Nissen, que en nuestro grupo es la

única técnica que realizamos en todos nuestros casos. Este procedimiento también lo calibramos introduciendo el tubo de látex dentro de la plicatura al costado del esófago, así tenemos calibración a 54 Fr (20 dentro del esófago y 34 por fuera del esófago).

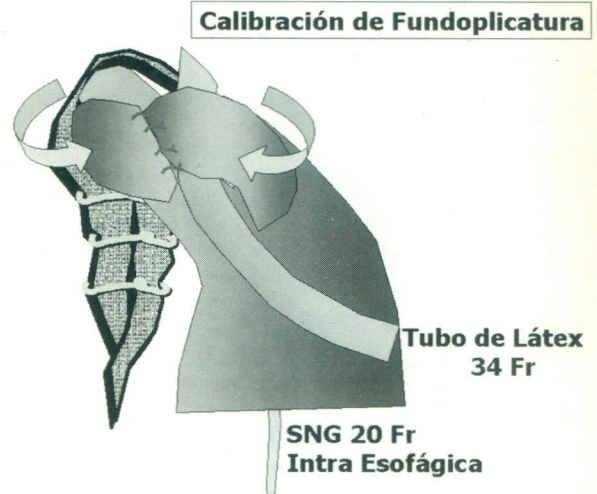
Suturamos el estómago cara anterior, esófago en posición 10 de la esfera del reloj y estómago cara posterior, incluyendo el tubo 34 Fr de látex en la funduplicatura. Posteriormente realizamos la extracción del mismo de la cavidad abdominal a través de un trocar de 11mm, que recomendamos que sea éste el calibre por donde entre y salga este tubo calibrador. La resultante al retirar la sonda nasogástrica será de una calibración 54 Fr y de una disminución en la incidencia de disfagia. Es decir, resultados mejores comparativamente a la técnica no calibrada.

## COMENTARIO

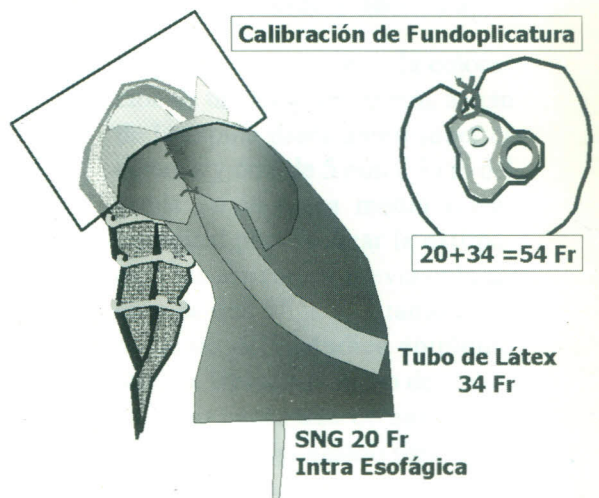
Creemos que la disfagia en el operado de reflujo es multifactorial. La tracción y posible torsión del esófago dada por la funduplicatura sin liberación de los vasos cortos es una causa. Otra sería la no calibración del cierre del hiato ni de la funduplicatura. Una tercera causa de disfagia es por el

trauma del mismo hecho de pasar la bujía 60 Fr.

Finalmente, influye también una disección no exacta de los componentes de la unión gastroesofágica.



Si evitamos estas causas de disfagia lograremos el objetivo. El tiempo de la liberación de los vasos cortos se hizo simple con el uso del bisturí armónico, la disección adecuada de la anatomía de la región se va haciendo rutina cuando se encuentra una técnica sistematizada conforme crece la casuística y la calibración tanto del



AGOSTO 1982 - 10941

hiato como de la funduplicatura, se podrá minimizar la disfagia que en la gran mayoría de casos se hace imperceptible.

Con la ayuda de una sonda nasogástrica 20 Fr y con 20 cm de

un común y corriente tubo de aspiración de calibre 34 Fr se puede hacer una calibración adecuada con iguales resultados pero sin el trauma local ni riesgo de perforación de las bujías. El costo es mínimo ya que su valor es insignifi-

cante, y estos tubos los encontramos en todas las salas de operaciones ya que se usan para la aspiración. Nuestros resultados están siendo muy favorables y esta es la razón para recomendar el método.