



# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

[www.elsevier.es/rgmx](http://www.elsevier.es/rgmx)



## CARTA AL EDITOR

### Disfagia posfunduplicatura: ¿intervención laparoscópica o dilatación endoscópica?



### Post-fundoplication dysphagia: Laparoscopic intervention or endoscopic dilation?

Leímos el artículo original de Godoy-Salgado et al.<sup>1</sup> con gran interés. En el artículo describen su experiencia manejando la disfagia posfunduplicatura asociada con obstrucción de la unión esofagogástrica. Los autores reportaron que realizaron dilataciones esofágicas en todos los pacientes sin obtener mejoría. La decisión entre realizar dilatación neumática o intervención laparoscópica es siempre difícil. El riesgo principal de realizar la dilatación neumática, además de la considerable posibilidad de una resolución insatisfactoria de la disfagia, es la perforación.

Varios estudios no han tenido éxito para encontrar variables predictoras del éxito de la dilatación neumática, incluyendo factores endoscópicos, radiológicos o manométricos<sup>2</sup>. Sin embargo, una mayor probabilidad de éxito depende del diagnóstico correcto de la etiología de la disfagia posfunduplicatura. Por lo tanto, realizar una historia clínica adecuada y elegir las pruebas de diagnóstico correctas es esencial.

Primero que nada, el cirujano debe seguir el principio de «no hacer daño». Antes de realizar la funduplicatura, la historia clínica debe incluir la presencia o ausencia de disfagia, e incluso en pacientes sin disfagia se debe realizar manometría esofágica preoperatoria, para detectar trastornos de la motilidad esofágica. Una vez que se ha tomado la decisión de realizar funduplicatura, esta solo debe ser realizada por cirujanos expertos, para evitar errores técnicos. También, se debe hacer una grabación de la funduplicatura laparoscópica para revisión futura, en caso de persistir la disfagia.

Cuando la disfagia posfunduplicatura se ha establecido, se debe determinar el tiempo de inicio y clasificar la disfagia como transitoria, persistente temprana o tardía.

La disfagia transitoria sucede entre el 40-70% de los pacientes tras la funduplicatura<sup>3</sup>. La causa es desconocida, pero la condición es usualmente tolerable y se resuelve dentro de los 3 primeros meses, por lo que no es necesaria mayor investigación<sup>3</sup>. Sin embargo, si persisten los síntomas incapacitantes, se le considera disfagia persistente temprana, y usualmente se relaciona con errores técnicos. Puede estar relacionada con una crurorrafía apretada o envoltura apretada, o debido a una envoltura mal colocada o torcida. El video del procedimiento debe ser analizado, y si se observa

un error aislado, debe ser corregido laparoscópicamente. El esofagograma y la endoscopia pueden ayudar a identificar el error. Solo si los exámenes muestran signos claros de obstrucción se debería realizar dilatación neumática.

Si la disfagia comienza mucho tiempo después de la cirugía, los diagnósticos diferenciales son migración de la envoltura, adherencias<sup>2</sup>, acalasia de inicio tardío, o incluso cáncer (principalmente en esófago de Barret). Si se detecta migración de la envoltura por medio del esofagograma y la endoscopia, el abordaje laparoscópico será probablemente mucho más efectivo que la dilatación neumática, la cual no resuelve los problemas estructurales<sup>4</sup>. Si no se observa migración relevante y no se detecta dismotilidad en la evaluación manométrica, la causa de la disfagia podría ser secundaria a adherencias locales. En ese contexto, la dilatación neumática podría ser suficiente.

La dilatación neumática es una opción terapéutica bajo ciertas condiciones. Sin embargo, cuando la intervención laparoscópica está indicada, no debería postergarse, dado el riesgo de perforación esofágica durante las dilataciones neumáticas progresivas, o el riesgo de desarrollar pseudoacalasia, debido a la obstrucción gastroesofágica persistente a largo plazo.

La presente carta al editor cumple con todos los estándares éticos.

### Financiación

No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este artículo..

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Autorías

Todos los autores aprobaron la versión final del artículo y han participado materialmente en la investigación y/o preparación del artículo.

### Bibliografía

1. Godoy-Salgado DC, Toro-Monjaraz EM, Padilla-Cortés T, et al. Obstrucción del tracto de salida de la unión esofagogástrica en el diagnóstico diferencial de disfagia posfunduplicatura en niños. 2020;S0375-0906:30082-3, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmx.2020.06.003>.

2. Samo S, Mulki R, Godiers ML, et al. Utilizing functional lumen imaging probe in directing treatment for post-fundoplication dysphagia. *Surg Endosc.* 2020; <http://dx.doi.org/10.1007/s00464-020-07941-6>.
3. Sato K, Awad ZT, Filipi CJ, et al. Causes of long-term dysphagia after laparoscopic Nissen fundoplication. *JLS.* 2002;6:35–40.
4. Sobrino-Cossío S, Soto-Pérez JC, Coss-Adame E, et al. Post-fundoplication symptoms and complications: Diagnostic approach and treatment. *Rev Gastroenterol Mex.* 2017;82: 234–47, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rgm.2016.08.005> [Article in English, Spanish].

F. Tustumi<sup>a,b,c,\*</sup>, L. Nogueira Dadrino<sup>c</sup>,  
M.C. Andrade Serafim<sup>c</sup>, M.F. Orlandini<sup>c</sup>  
y A.L. Gioia Morrell<sup>b,c,d</sup>

- <sup>a</sup> *Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil*  
<sup>b</sup> *Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, Brasil*  
<sup>c</sup> *Centro Universitário Lusíada, São Paulo, Brasil*  
<sup>d</sup> *Instituto Morrell, São Paulo, Brasil*

\* Autor para correspondencia. Domicilio: Av. Dr. Eneas de Carvalho Aguiar 255, São Paulo, SP, Code: 05403-000. Teléfono: +55 (11) 2661-7560. Correo electrónico: [franciscotustumi@gmail.com](mailto:franciscotustumi@gmail.com) (F. Tustumi).

<https://doi.org/10.1016/j.rgm.2020.11.003>  
0375-0906/ © 2021 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Respuesta a la carta *Disfagia posfunduplicatura: ¿intervención laparoscópica o dilatación endoscópica?*



### Response to the Letter to the Editor: *Post-fundoplication dysphagia: laparoscopic intervention or endoscopic dilation?*

Agradecemos la lectura y el interés de Tustumi F. et al. en nuestro artículo. Es interesante conocer el abordaje diagnóstico terapéutico propuesto por los autores en adultos. En la población pediátrica en México, lamentablemente no es una práctica común realizar una manometría esofágica previo a una funduplicatura, por lo que en los casos presentados desconocemos si existía un trastorno motor preexistente<sup>1</sup>. Como bien mencionan Tustumi et al. la resolución de la disfagia posfunduplicatura debe ser evaluada de forma ordenada para que el cirujano decida si se realiza laparoscopia o dilataciones neumáticas de acuerdo con las características del paciente<sup>2</sup>. En niños, hasta donde sabemos, no existe suficiente literatura que explique cuál es el mejor abordaje de este tipo de complicaciones, por lo que consideramos que publicar este hallazgo manométrico en niños con disfagia posfunduplicatura (obstrucción de la unión esofagogástrica) contribuirá al correcto tratamiento de estos pacientes y permitirá plantear nuevas líneas de investigación para conocer cuál es el mejor abordaje del paciente de acuerdo a la cirugía realizada, los hallazgos quirúrgicos, los hallazgos manométricos, y sobre todo, la sintomatología y la clínica del paciente.

## Referencias

1. Godoy-Salgado DC, Toro-Monjaraz EM, Padilla-Cortés T, et al. Obstrucción del tracto de salida de la unión esofagogástrica en el diagnóstico diferencial de disfagia posfunduplicatura en niños. *Rev Gastroenterol Mex.* 2020;86, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rgm.2020.06.003>.
2. Tustumi F, Nogueira Dadrino L, Andrade Serafim MC, et al. *Disfagia posfunduplicatura: ¿intervención laparoscópica o dilatación endoscópica?* *Rev Gastroenterol Mex.* 2020;86.

D.C. Godoy-Salgado, E.M. Toro-Monjaraz\*,  
T. Padilla-Cortés, J.F. Cadena-León, F. Zarate-Mondragón,  
A. Loredó-Mayer, K. Ignorosa-Arellano,  
R. Cervantes-Bustamante  
y J.A. Ramírez-Mayans

*Departamento de Gastroenterología y Nutrición  
Pediátrica, Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de  
México, México*

\* Autor para correspondencia. Departamento de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica, Instituto Nacional de Pediatría, Insurgentes Sur 3700 Letra C, Insurgentes Cuicuilco, 04530, CDMX, México. Teléfono: +52 5533321176. Correo electrónico: [emtoromonjaraz@hotmail.com](mailto:emtoromonjaraz@hotmail.com) (E.M. Toro-Monjaraz).

<https://doi.org/10.1016/j.rgm.2021.01.003>  
0375-0906/ © 2021 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).