



TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO

AUTORES: INTERNO. IGNACIO VARGAS VEGA

PROF.DR. HUMBERTO FLISFISCH FERNANDEZ

DEPTO DE CIRUGIA SUR

FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE CHILE

Introducción

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), definida según el consenso de Montreal, es una afección que se desarrolla cuando el reflujo del estómago genera síntomas molestos y/o complicaciones asociadas, es una patología común y su prevalencia varía en distintas partes del mundo, desde un 0,1% a 20% en países occidentales, y un 5% en países asiáticos. Las manifestaciones clínicas se pueden dividir en síntomas esofágicos y extraesofágicos. El síndrome de reflujo gastroesofágico típico se define por la presencia de pirosis y/o regurgitación (1). Los pacientes también pueden tener otros síntomas, como dolor epigástrico o trastornos del sueño. La base fisiopatológica de la ERGE, consiste en la presencia de una barrera antirreflujo defectuosa (esfínter esofágico inferior defectuoso (EEI), relajaciones transitorias inapropiadas del EEI y/o hernia del hiato) y/o un vaciamiento gástrico retardado (2). El enfrentamiento inicial se basa en modificaciones del estilo de vida como baja de peso, elevación de cabecera, evitar alimentos copiosos, entre otros, así como de tratamiento farmacológico basado en el uso de agentes supresores de la secreción ácida gástrica (3). Las indicaciones principales de cirugía antirreflujo son falla a tratamiento médico, intolerancia a tratamiento médico, complicaciones asociadas a enfermedad por reflujo gastroesofágico, síntomas extraesofágicos como tos crónica, laringitis o asma (4).

Material y métodos

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Epistemonikos y Scielo, desde el año 2010 hasta la actualidad, utilizando los términos: *gastroesophageal reflux disease, gastroesophageal reflux disease surgery, Nissen fundoplication, surgical complications*. Se seleccionaron artículos de revisión, estudios de casos y casos clínicos aleatorizados, que describieran las técnicas quirúrgicas actuales para la enfermedad por reflujo gastroesofágico, indicaciones, eficacia y complicaciones.

Resultados

Se seleccionaron 7 artículos que cumplían los criterios de búsqueda.

Se evidenció que existen distintas técnicas tanto endoscópicas como quirúrgicas para el manejo de la ERGE, entre las mencionadas, están la funduplicatura transoral sin incisión, esfínter magnético, funduplicatura parcial laparoscópica y funduplicatura laparoscópica de Nissen.

Una revisión, analizó las técnicas y resultados de la funduplicatura de Nissen, el cual constituye el tratamiento quirúrgico estándar para la resolución quirúrgica de ERGE. El procedimiento consiste en el paso del fondo gástrico por detrás del esófago para rodear su segmento distal, realizando una envoltura total en 360°, existiendo variaciones de la técnica con envolturas parciales, como la posterior (270°) o anterior (180°). Se evidencia similar eficacia a 6-12 meses cuando se compara la funduplicatura posterior y de Nissen, en cuanto a frecuencia de síntomas de regurgitación y reflujo, aunque con menor tasa de disfagia y de distensión abdominal con la primera. La disfagia y distensión por gases son algunos de los efectos adversos post-quirúrgicos. Se prefiere su variante laparoscópica frente a la abierta, debido a tener menor mortalidad asociada, aunque similar eficacia (5)

Una serie de casos, analiza los resultados quirúrgicos de la funduplicatura de Rossetti-Nissen, la que es una variación de la funduplicatura de Nissen en que no se divide los vasos gástricos cortos durante la creación de la envoltura fúndica, teniendo un tiempo operatorio más corto y menor pérdida sanguínea, no tiene diferencias significativas en los síntomas de acidez estomacal ni en el uso de medicamentos, comparado con la versión original (6)

Una revisión bibliográfica, investigó las indicaciones, eficacia y complicaciones del aumento del esfínter magnético, un anillo implantable de perlas magnéticas que se coloca alrededor del esófago en la unión gastroesofágica para restaurar la integridad del esófago inferior. Indicaciones de realización del procedimiento son: pacientes con ERGE con motilidad esofágica normal, IMC <35 kg/m², sin cirugía antirreflujo previa, sin hernia de hiato o con una hernia hiatal pequeña. Contraindicaciones de uso son disfagia, cirugía abdominal superior previa, procedimientos antirreflujo endoscópicos previos, hernia hiatal grande o esófago de Barrett (<3 cm) (7)

Una revisión de la literatura, analizo las complicaciones principales de la cirugía antirreflujo; infecciones, hemorragia, perforación esofágica y disfagia posoperatoria. También existen complicaciones estructurales como consecuencia de la cirugía, que están relacionadas con el desplazamiento quirúrgico de la envoltura, lo que es agravado por factores como aumento de presión intraabdominal, náuseas, vómitos, tos, traumatismos, ejercicios físico, levantamiento de objetos pesados y aumento de peso/obesidad. Se puede generar laxitud estructural de la funduplicatura, de la hernia hiatal en que la unión gastroesofágica se desplaza proximalmente a través del hiato. La recidiva de hernia puede ser el resultado de una ruptura parcial o completa de la envoltura, o del deslizamiento del estómago proximal a la funduplicatura en el contexto de una envoltura intacta o parcialmente rota. Otra complicación estructural conocida es la estenosis post-funduplicatura, secundaria a una funduplicatura muy apretada o larga, generando un cuadro de disfagia persistente (8)

La cirugía antirreflujo tiene una tasa de éxito de un 85%-90% a los 5 años de seguimiento, teniendo a su vez una tasa de fracaso cercana al 10-15%, lo que se evidencia a través de síntomas recurrentes de reflujo y/o disfagia. Este grupo de pacientes en que falla la resolución quirúrgica, deben ser evaluados para detectar la causa del fracaso, se suelen utilizar procedimientos diagnósticos como endoscopia, manometría esofágica, monitoreo del pH esofágico de 24 h, esofagograma baritado, gammagrafía, entre otros (4).

Una revisión nacional, investigó los resultados y eficacia de técnicas antirreflujo por vía endoscópica, analizando cuatro procedimientos en específico, la terapia por radiofrecuencia (Stretta), Funduplicatura transoral endoscópica (FTE), Mucosectomía endoscópica antirreflujo (MEAR) y la inyección submucosa. Se concluyó que si bien la terapia endoscópica, es capaz de disminuir el reflujo ácido, no tiene eficacia en su control. Siendo además, la calidad de la evidencia deficiente, puesto que el seguimiento de los estudios fue corto, por lo que se indica que la cirugía antirreflujo por vía laparoscopia, sigue siendo el procedimiento gold standard (9).

En un ensayo controlado aleatorizado, se comparó la eficacia de la funduplicatura transoral sin incisión con el uso de inhibidores de bomba de protones, procedimiento que consiste en la realización de una funduplicatura parcial en la unión gastroesofágica mediante endoscopia, lo que resultó en una mejoría de síntomas de ERGE en el grupo sometido a

funduplicatura transoral sin incisión y cuyos resultados no mostraron efectos adversos del procedimiento como disfagia y distensión abdominal. Aunque se vieron mejoras en los resultados a corto plazo, no se produjo control de los síntomas a largo plazo, no considerándose un reemplazo equivalente a la terapia con inhibidores de bomba de protones en el manejo de ERGE (10).

Discusión y Conclusión

La ERGE muestra una prevalencia creciente, estando asociada a factores de riesgo en aumento como lo son la obesidad y edad avanzada. Es una patología de frecuente consulta en atención médica general, siendo importante, un correcto manejo inicial y detección precoz de complicaciones. A la par, se debe seleccionar de forma adecuada, al grupo de pacientes con indicación de resolución quirúrgica, sabiendo balancear correctamente los beneficios y los riesgos, considerando además el procedimiento específico que mejor convenga para cada caso.

Tras la revisión de la literatura, sobre el manejo quirúrgico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico, podemos ver que existen indicaciones bien establecidas para la realización de esta, lo que permite seleccionar correctamente a estos pacientes. Las indicaciones generales se dirigen a aquel grupo en que falla el tratamiento inicial, sufren complicaciones de la enfermedad o bien, se estima un buen resultado posquirúrgico a mediano y largo plazo. Existen efectos adversos conocidos de la cirugía como lo son la disfagia, distensión abdominal por gases o bien la recurrencia del reflujo, cuya prevalencia varía dependiendo del procedimiento realizado. La cirugía clásica, representada por la funduplicatura de Nissen, ha perdurado a lo largo del tiempo, siendo una técnica ampliamente conocida en el medio, con buenos resultados y de eficacia conocida. Sin embargo, ha contado con variaciones en sus aplicaciones, que buscan mejorar los resultados, disminuir los resultados adversos y mantener la eficacia.

Se han desarrollado diversas técnicas endoscópicas, que buscan obtener resultados con similar eficacia al tratamiento médico y quirúrgico estándar, sin embargo los estudios actuales indican que la cirugía antirreflujo gold standard, sigue siendo la vía laparoscópica. Resulta relevante, poder realizar un correcto seguimiento de estos pacientes, desde la sospecha diagnóstica de la enfermedad, hasta post resolución quirúrgica, de manera de alcanzar el mejor beneficio posible, disminuyendo los efectos indeseados y evitar procedimientos innecesarios

Referencias

- (1) Vakil, N., van Zanten, S. V., Kahrilas, P., Dent, J., Jones, R., & Globale Konsensusgruppe (2007). Die Montreal-Definition und -Klassifikation der gastroösophagealen Refluxkrankheit: Ein globales evidenzbasiertes Konsensus-Papier *Zeitschrift für Gastroenterologie*, 45(11), 1125–1140. <https://doi.org/10.1055/s-2007-963633>
- (2) Fuchs, KH, Babic, B., Breithaupt, W. *et al.* Recomendaciones de la EAES para el manejo de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Surg Endosc* 28 , 1753–1773 (2014). <https://doi-org.uchile.idm.oclc.org/10.1007/s00464-014-3431-z>
- (3) Katz, P. O., Gerson, L. B., & Vela, M. F. (2013). Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. *The American journal of gastroenterology*, 108(3), 308–329. <https://doi-org.uchile.idm.oclc.org/10.1038/ajg.2012.444>
- (4) Fisichella, PM y Patti, MG (2014). Procedimientos de ERGE: ¿cuándo y qué?. *Diario de cirugía gastrointestinal: diario oficial de la Sociedad de Cirugía del Tracto Alimentario* , 18 (11), 2047–2053. <https://doi.org/10.1007/s11605-014-2558-5>
- (5) Frazzoni, M., Piccoli, M., Conigliaro, R., Frazzoni, L., & Melotti, G. (2014). Laparoscopic fundoplication for gastroesophageal reflux disease. *World journal of gastroenterology*, 20(39), 14272–14279. <https://doi.org/10.3748/wjg.v20.i39.14272>
- (6) Bharatam, K. K., Raj, R., Subramanian, J. B., Vasudevan, A., Bodduluri, S., Sriraman, K. B., & Abineshwar, N. J. (2015). Laparoscopic Nissen Rossetti fundoplication: Possibility towards day care anti-reflux surgeries. *Annals of medicine and surgery* (2012), 4(4), 384–387. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2015.10.005>
- (7) Zadeh, J., Andreoni, A., Treitl, D., & Ben-David, K. (2018). Spotlight on the Linx™ Reflux Management System for the treatment of gastroesophageal reflux disease: evidence and research. *Medical devices (Auckland, N.Z.)*, 11, 291–300. <https://doi-org.uchile.idm.oclc.org/10.2147/MDER.S113679>
- (8) Yadlapati, R., Hungness, E. S., & Pandolfino, J. E. (2018). Complications of Antireflux Surgery. *The American journal of gastroenterology*, 113(8), 1137–1147. <https://doi-org.uchile.idm.oclc.org/10.1038/s41395-018-0115-7>
- (9) Braghetto, I. (2022). Tratamiento endoscópico para el reflujo gastroesofágico. *Revista de cirugía*, 74(1), 81-87.
- (10) Witteman, B., Conchillo, J., Rinsma, N., Betzel, B., Peeters, A., Koek, G., Stassen, L., Bouvy, N. Randomized Controlled Trial of Transoral Incisionless Fundoplication Vs. Proton Pump Inhibitors for Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease. *American Journal of Gastroenterology*: April 2015 - Volume 110 - Issue 4 - p 531-542 doi: 10.1038/ajg.2015.28