

Enfermedad por reflujo gastroesofágico: candidatos e indicaciones para tratamiento quirúrgico

Dr. Raúl F. Olaeta-Elizalde*

*Subdirector, Centro Médico ISSEMYM, Metepec, Estado de México, México

Correspondencia: Dr. Raúl F. Olaeta-Elizalde. Georgia No. 171, Col. Nápoles, Del. Benito Juárez, C.P. 03810, México, D. F.

Tels: 01-(55)-5523-6247, 01-(722)-275-6316, Fax 01-(722)-275-6373. Correo electrónico: olaetar@prodigy.net.mx

Recibido para publicación: 01 de mayo de 2003.

Aceptado para publicación: 31 de julio de 2004.

RESUMEN Introducción: siempre que el “jugo gástrico” entra en el esófago, se producen cambios en él. Lo que llama la atención es que puede no haber cambio en la mucosa, a pesar del reflujo. La falta de correlación con los síntomas clínicos ha creado confusión en la evaluación de los pacientes. La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es la resultante de un proceso multifactorial, en donde participan el esófago y el estómago. **Objetivo:** conocer las indicaciones para el tratamiento quirúrgico. **Antecedentes:** ¿Cuál ha sido la evolución en el manejo de la ERGE? En la primera mitad del siglo XX, el tratamiento era médico. En los años 50, R. Nissen diseñó la cirugía antirreflujo. La introducción de los inhibidores de la bomba de protones (IBPs), mejoró sustancialmente el control de la enfermedad con medicamentos. Apareció la cirugía laparoscópica, y el corto tiempo de recuperación aumentó el interés por esta forma terapéutica. La disponibilidad del monitoreo ambulatorio del pH mejoró la posibilidad de diagnosticar ERGE. El tratamiento médico tiene la ventaja de ser conservador y se puede dirigir a modificar la causa y el efecto. El tratamiento quirúrgico sí puede corregir los problemas anatómicos, pero no resuelve la secreción del ácido en la mayoría de las técnicas quirúrgicas. En conclusión, no hay evidencia para abogar a favor de uno u otro de los procedimientos terapéuticos como el mejor. La decisión respecto al tratamiento para la ERGE, como todo en medicina, deberá individualizarse.

Palabras clave: reflujo gastroesofágico, tratamiento quirúrgico, candidatos, indicaciones.

Siempre que el “jugo gástrico” entra en el esófago se producen cambios en él, los más frecuentes son: inflamación (a veces con ulceraciones); puede haber cambios de proliferación mucosa sin inflamación, o

SUMMARY Introduction: Always, when the gastric juice gets into the esophagus, it produces changes in it. What brings the attention in this fact is that there can be no changes in the mucosa in spite of the reflux. The lost of co-relation with the clinic symptoms have created confusion in the patients evaluations. The gastroesophageal reflux disease is the result of a multifactor process in which esophagus and stomach are involved. **Objective:** To know the indications for the surgical treatment. **Background:** What has been the evolution on the management of the gastroesophageal reflux disease? In the first half of the twentieth century, the treatment was medical. In the fifty's, R. Nissen designed the anti-reflux surgery. The introduction of the proton pump inhibitors substantially improved the illness control with medications. The laparoscopic surgery appears, and the short time of recovery increased the interest on this therapeutic way. The availability of the ambulatory pH monitoring improved the possibility to recognize gastroesophageal reflux disease. The medical treatment has the advantage of been conservative and it can be lead to modify the cause and the effect. The surgical treatment can correct the anatomic defects, but does not resolve the acid secretion in most of the surgical techniques. In conclusion, there is no evidence to advocate medical or surgical therapy as the best therapy for gastroesophageal disease. As everything in medicine, the final decision on the gastroesophageal reflux disease must be individualized.

Key words: Gastroesophageal reflux, surgical treatment, candidates, indications.

puede ceder la inflamación cuando se produce metaplasia (epitelio de Barrett). Lo que llama la atención es que puede no haber cambio en la mucosa, a pesar del reflujo. La falta de correlación con los síntomas

clínicos ha creado confusión en la evaluación de los pacientes.

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es la resultante de un proceso multifactorial, en donde participan el esófago y el estómago. El problema fundamental radica en la baja presión del esfínter esofágico inferior (EEI), así como su longitud intraabdominal y los episodios, transitorios o frecuentes, de relajación del mismo, que además coinciden con un peristaltismo inadecuado que altera la depuración, más cambios en la sensibilidad al ácido en la mucosa esofágica; además, puede existir retardo en el vaciamiento del estómago y desórdenes en la motilidad antroduodenal, con reflujo duodenogastroesofágico.

Otras condiciones que favorecen la aparición de reflujo, son el estrés, la postura, la obesidad, el embarazo, la dieta y algunos medicamentos. La enfermedad por reflujo es un padecimiento que, aún sin tratamiento, generalmente progresa en forma lenta y rara vez produce situaciones agudas que puedan incluso poner en peligro la vida.¹

¿CUÁL HA SIDO LA EVOLUCIÓN EN EL MANEJO DE LA ERGE?

En la primera mitad del siglo XX, el tratamiento era médico.

En los años 50, R. Nissen diseñó la cirugía antirreflujo; en los años 60 se afinaron las técnicas quirúrgicas evolucionando cada vez más en los últimos 40 años. En los años 70 hicieron su aparición los bloqueadores de los receptores H₂ de la histamina, y en los 80 se promovieron otros agentes (básicamente promotores de motilidad) y las modificaciones en el estilo de vida.

En los años 70 y 80, eran pocas las referencias para cirugía, llegando a una operación por cirujano general por año. La cirugía se reservaba para pacientes con ERGE refractaria al tratamiento médico o complicada. El hecho de tener tiempos prolongados de recuperación posoperatorios, y la percepción de resultados pobres a largo plazo, contribuyeron a que no se hicieran muchos procedimientos quirúrgicos.

A principio de los años 90, tres principales desarrollos cambiaron el pensamiento, en cuanto a lo esperado con el manejo a largo plazo, en los pacientes con ERGE:

1. La introducción de los inhibidores de la bomba de protones (IBPs) mejoró sustancialmente el control de la enfermedad con medicamentos.

2. Apareció la cirugía laparoscópica, y el corto tiempo de recuperación aumentó el interés por esta forma terapéutica.

3. La disponibilidad del monitoreo ambulatorio del pH mejoró la posibilidad de diagnosticar ERGE.^{2,3}

LA FRONTERA ENTRE EL TRATAMIENTO MÉDICO Y EL QUIRÚRGICO

El tratamiento médico tiene la ventaja de ser conservador y se puede dirigir a modificar la causa y el efecto, en cuanto a que podemos aumentar la presión del EEI y quitar el ácido, y en algunos casos la bilis, pero no corrige los problemas anatómicos.

El tratamiento quirúrgico sí puede corregir los problemas anatómicos, pero no resuelve la secreción del ácido en la mayoría de las técnicas quirúrgicas.

El tratamiento médico está indicado en pacientes con elevado riesgo quirúrgico, motilidad esofágica inefectiva o en enfermedad leve.

El tratamiento quirúrgico se indica en pacientes jóvenes con síntomas crónicos o recidivantes, en aquellos con síntomas extraesofágicos de difícil control y que mantienen una peristalsis esofágica efectiva.

Por ello, la gran mayoría de los pacientes deben ser manejados, inicialmente, en forma conservadora con tratamiento médico; el manejo médico puede dividirse en dos vertientes: modificaciones al estilo de vida y tratamiento con medicamentos. La endoscopia ayuda para guiar el tratamiento, especialmente en casos de esofagitis erosiva.¹

En los niños, el manejo médico es de particular valor cuando se piensa que la enfermedad se mejorará con el crecimiento y desarrollo. Sin embargo, cuando la enfermedad es difícil de manejar en el paciente muy joven, o existe evidencia de que el reflujo es responsable de enfermedad severa de las vías aéreas, deberá realizarse tratamiento quirúrgico; específicamente algunos autores recomiendan la operación de Nissen.⁴

ARGUMENTOS A FAVOR DE LA CIRUGÍA

Debemos asentar primero que el punto más importante en la fisiopatología de la ERGE es la competencia de la barrera antirreflujo.⁵

La cirugía antirreflujo es el único tratamiento disponible que realmente aumenta la presión y la longitud del EEI, disminuye la frecuencia de relajaciones transitorias y puede corregir la hernia hiatal. Varios estudios han mostrado que la cirugía antirreflujo puede mejorar

la motilidad esofágica y la velocidad del vaciamiento gástrico. Hay desde luego, estudios a favor de la cirugía antirreflujo, y son aquellos que comparan el tratamiento médico con el quirúrgico.³

El éxito de la cirugía antirreflujo radica en que corrige la fisiopatología subyacente, mejora la sintomatología, normaliza los índices de calidad de vida, reduce la utilización de cuidados de la salud y parece tan buena como o mejor que el tratamiento médico en estudios grandes y comparativos.²

ARGUMENTOS EN CONTRA DE LA CIRUGÍA

Hay dos razones para oponerse a la cirugía antirreflujo:

1. El tratamiento médico es seguro, efectivo y bien tolerado.
2. El tratamiento quirúrgico se asocia con complicaciones serias, aunque poco frecuentes.⁵

Todos los pacientes que toman medicamentos por largo plazo para la ERGE, deberán ser informados acerca de la seguridad y lo que se conoce por permanecer en terapia por tiempo prolongado, así como la información acerca de la cirugía antirreflujo.

¿QUIÉNES SON CANDIDATOS A CIRUGÍA ANTIRREFLUJO?

Primero precisar que el procedimiento recomendado en general es una funduplicación, y que ésta será considerada en tres circunstancias:

1. Pacientes con intolerancia al tratamiento con IBPs, pues los efectos colaterales deben tomarse en cuenta para decidir la cirugía.
2. Los enfermos que responden mal al tratamiento con IBPs, son candidatos.
3. La cirugía se deberá llevar a cabo cuando los pacientes desean una solución permanente y quedar libres de la necesidad de tomar medicamentos.

Sin embargo, debemos recordar, que aún en manos experimentadas, 1 a 2% de los pacientes están peor después del procedimiento.^{2,5,6}

En relación con los tratamientos endoscópicos, no se ha determinado cuál es el mejor, pero se necesita que sea seguro, efectivo y fácil de usar.⁷⁻¹¹

Después de esta breve revisión de los candidatos e indicaciones para cirugía en la ERGE, uno se pregunta:

si puedes tratar la enfermedad con medicamentos ¿por qué invadir?

Realmente la cirugía ¿cura más rápido o mejor que los medicamentos? Si somos realistas, no podemos decir que sí.

¿Previene las complicaciones de la ERGE? No podemos asegurarlo.

¿Tiene pocos efectos colaterales la cirugía antirreflujo? Parece que no.

¿Es más conveniente recomendar cirugía antirreflujo que recomendar tratamiento médico? “Quizás” en los casos especiales que se han mencionado.

¿Qué hay en relación con el costo-beneficio? A largo plazo (10 años), no hay diferencias significativas, y como un porcentaje de los pacientes operados vuelven a usar medicamentos, parece que el costo de la cirugía resulta mayor.

En conclusión, no hay evidencia para abogar a favor de uno u otro de los procedimientos terapéuticos, como el mejor.

La decisión respecto al tratamiento para la ERGE, como todo en medicina, deberá individualizarse.^{12,13}

¿Qué nos augura el nuevo milenio en este padecimiento? Probablemente se demuestre que el tratamiento médico cure la ERGE.

La cirugía antirreflujo se hace más popular con el advenimiento de la cirugía laparoscópica, pero falta la prueba del tiempo.

Los procedimientos endoscópicos antirreflujo también deberán probar sus beneficios con el tiempo.

REFERENCIAS

1. Yamada T. Textbook of gastroenterology. 2nd ed. Philadelphia, PA, USA: JB Lippincott; 1995: 1214.
2. Waring JP. Surgical and endoscopic treatment of gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterol Clin N Am* 2002; 31: S89-S109.
3. Spechler SJ. Comparison of medical and surgical therapy for complicated gastroesophageal reflux disease in veterans. *N Engl J Med* 1992; 326: 786-92 (Abstract).
4. Foglia RP, Fonkalsrud EW, Ament ME, et al. Gastroesophageal fundoplication for the management of chronic pulmonary disease in children. *Am J Surg* 1980; 140: 72.
5. Waring JP. Postfundoplication complications: prevention and management. *Gastroenterol Clin N Am* 1999; 28: 1007-19.
6. Hatlebakk JG, Katz PO, Castell DO. Gastroesophageal reflux disease. Medical therapy. Management of the refractory patient. *Gastroenterol Clin N Am* 1999; 28: 847-60.
7. Martínez-Serna T, Davis RE, Mason R, et al. Endoscopic valvuloplasty for GERD. *Gastrointest Endosc* 2000; 52: 5.
8. Filipi CJ, Lehman GA, Rothstein RI, et al. Transoral, flexible endoscopic suturing for treatment of GERD: a multicenter trial. *Gastrointest Endosc* 2001; 53: 416-22.
9. Triadafilopoulos G, Dibaise JK, Nostrant TT, et al. Radio frequency energy delivery to the gastroesophageal junction for the treatment of GERD. *Gastrointest Endosc* 2001; 53: 407-15.

10. Richards WO, Scholz S, Khaitan L, et al. Initial experience with the Stretta procedure for the treatment of gastroesophageal reflux disease. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2001; 11(5): 267-73.
11. Triadafilopoulos G, Dibase JK, Nostrant TT, et al. The Stretta procedure for the treatment of GERD: 6 and 12 month follow-up of the U.S. open label trial. *Gastrointest Endosc* 2002; 55: 149-56.
12. De Vault KR, Castell DO. Update guidelines for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 1434-42.
13. Lundell L, Miettinen P, Myrrold HE, et al. Long-term management of gastroesophageal reflux disease with omeprazole or open antireflux surgery: results of a prospective, randomized clinical trial. The Nordic GORD Study Group. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2000; 12 (8): 879-87.