

# Tratamiento quirúrgico de la enfermedad por reflujo

Dr. Carlos Arnaud Carreño\*

\* Hospital Regional Presidente Juárez ISSSTE, Oaxaca, México.

Un paciente en buen estado físico y psicológico, con una correlación positiva entre los síntomas y la pHmetría, con síntomas clásicos, con buena respuesta al tratamiento médico, buena motilidad esofágica y adecuada longitud del esófago es un excelente candidato para la cirugía antirreflujo. Entre más lejos estemos de este perfil de paciente es más probable que existan síntomas postoperatorios que requieran futura atención.

Una buena evaluación preoperatoria para el candidato promedio a una cirugía antirreflujo, incluye: pHmetría de 24 horas, esofagograma de bario, endoscopia superior y manometría del esófago.

La pHmetría confirma la presencia de reflujo patológico y la correlación con los síntomas ayuda a prevenir la respuesta postoperatoria.

El esofagograma es un mapa quirúrgico de las rutas, proporciona información más objetiva acerca del tamaño y naturaleza de cualquier hernia, que una endoscopia.

Los estudios manométricos preoperatorios pueden diseñar o modificar el abordaje de la cirugía antirreflujo, como es el caso de pacientes con peristalsis esofágica menor a 35 mm de Hg. Así mismo, la manometría establece diagnósticos como esclerodermia o acalasia, enfermedades para las cuales no está diseñada la cirugía; sin embargo, la necesidad de modificar un procedimiento quirúrgico basándose en hallazgos manométricos ha sido cuestionada. Uno de los estudios controlados incluye a 200 pacientes que fueron aleatoriamente asignados a una funduplicatura laparoscópica Nissen clásica o una funduplicatura Toupet, independientemente de los resultados de las pruebas de motilidad esofágica, encontrando los autores que la dismotilidad esofágica se asoció con síntomas de reflujo más severos y resistencia al tratamiento médico. Oelschlanger ha demostrado que la mayoría de los pacientes con peristalsis esofágica alterada responden bien a la funduplicatura de Nissen y no desarrollan disfagia postoperatoria, condición reproducida por otros grupos.

Sigue existiendo discordancia entre cuál procedimiento efectuar ante el caso de dismotilidad, además, los criterios para definir la amplitud de la motilidad esofágica distal varían en algunos centros. Finalmente, el número

de contracciones fallidas o no transmitidas pueden tener mayor relevancia para algunos autores, pero todos coinciden en que estas alteraciones no son contraindicaciones de la cirugía antirreflujo, ya que probablemente sean debidas a éste; sin embargo, la controversia persiste, ya que existen múltiples conclusiones al respecto.

En lo que a la impedancia eléctrica se refiere, esta medida de resistencia eléctrica es prometedora para la detección de reflujo con  $\text{pH} > 4$ , lo que podría aclarar el origen no ácido del reflujo y explicar la pobre respuesta al tratamiento con IBP y como consecuencia qué pacientes se podrían beneficiar con una funduplicatura.

Con respecto a la funduplicatura laparoscópica en pacientes con síntomas extraesofágicos, el grupo del Dr. Steven Rakita informa que de 135 pacientes que presentaron asma severa 83% obtiene buenos resultados tras la cirugía, de 132 pacientes con tos persistente 69% presentó excelentes resultados, los pacientes con dolor torácico y odinofagia, 81 y 82%, respectivamente, redujeron significativamente las molestias. Las restricciones en la dieta se modificaron de 82 a 50%, respectivamente, y las modificaciones en los hábitos para dormir disminuyeron de 70 a 28% tras la cirugía.

En cuanto al manejo de la enfermedad recurrente se plantearon varios escenarios: el primero, la disfagia, y aquí es útil saber dos cosas, si se empleó una sonda 48-60 Fr para calibrar el esfínter y si se cortaron los vasos cortos, ya que esta deformidad puede contribuir a la disfagia, en el caso de la pirosis postoperatoria ésta predice reflujo patológico sólo en 50% de los casos; en el caso del dolor abdominal hay que descartar otras patologías intrínsecas o extrínsecas al estómago. Si se evidencia reflujo ácido se da tratamiento para la supresión de ácido, ya que una segunda cirugía tiene menos posibilidades de éxito que la primera, si los vasos cortos no se cortaron habrá que hacerlo en la segunda, una envoltura mal formada habrá que reconstruirla y se debe cerrar el hiato.

Con respecto al esófago de Barrett, después de un procedimiento antirreflujo, se han observado regresiones, sobre todo en pacientes con segmentos menores a 3 cm; Hofstetter y su grupo reportaron regresión de displasia de bajo grado a metaplasia intestinal en 44% de

sus pacientes y una regresión de metaplasia intestinal a epitelio normal en 14%. Finalmente, Bowers reportó un índice de regresión de 59% en pacientes con segmentos cortos de Barrett, por estas razones la terapia quirúrgica debe ser fuertemente considerada para el esófago de Barrett sintomático, especialmente en pacientes jóvenes. En cuanto a los pacientes con obesidad mórbida (IMC > 40), hay evidencia que al ser intervenidos quirúrgicamente de un procedimiento antirreflujo, ésta se asocia con un gran porcentaje de fracaso, así mismo, hay evidencia de que una derivación gástrica en Y de Roux proporciona excelente mejoría al reflujo y un beneficio en la pérdida de peso.

#### REFERENCIAS

1. Fibbe CL. Esophageal motility in reflux disease before and after fundoplication: A prospective, randomized study. *Gastroenterology* 2001; 121: 5.
2. Castell DO. Esophageal manometry prior to antireflux surgery: required, preferred, or even needed? *Gastroenterology* 2001; 121: 214.
3. Lund RJ. Laparoscopic Toupet fundoplication for gastroesophageal reflux disease with poor esophageal body motility. *J Gastrointest Surg* 1997; 1: 301.
4. Oelschlager BK. Total fundoplication is the operation of choice for patients with gastroesophageal reflux and defective peristalsis: *Surg Endosc* 2002; 16: 909-13.
5. Tsiaoussis CE. Laparoscopic surgery for gastroesophageal reflux disease patients with impaired esophageal peristalsis. *JAM Col Surg* 2003; 197: 8-15.
6. Mughal MM. Oesophageal manometry and Ph recording does not predict the bad results of Nissen fundoplication. *Br J Surg* 1990; 77: 43.
7. Heider TR, Behrns KE, Koruda MJ, et al. Fundoplication improves disordered esophageal motility. *J Gastrointest Surg* 2003; 7: 159.
8. Oelschlager MD. Seattle Wa, Sunday, May 21 2006, Los Angeles California.
9. Csendes A. Long-term results of classic antireflux surgery in 152 patients with Barret's esophagus: clinical, radiologic, endoscopic, manometric and acid reflux test analysis before and late after operation. *Surgery* 1998; 123: 645-57.
10. Perry Y, Courcoulas AP. Laparoscopic Roux-en Y gastric bypass for recalcitrant gastroesophageal reflux disease in morbidly obese patients. *JSLs* 2004; 8:19-23.