



**Aníbal Pimentel Rodríguez**  
Especialista Cirugía General y Laparoscópica

## GUIA DE MANEJO

(revisado enero 2016)

---

### ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO

---

La Enfermedad por Reflujo gastroesfágico (ERGE) es hoy un problema de salud publica siendo importante causa de consulta medica y afectando a 2/3 de la población adulta. El consenso de Montreal define la ERGE como la condición en la cual el reflujo del contenido gástrico produce sintomatología , molestias y/o complicaciones<sup>1</sup>. Se produce por una falla de la barrera antirreflujo permitiendo reflujo anormal del contenido gástrico hacia el esófago. Se considera un trastorno mecánico producido por un defecto del esfínter esofágico inferior, trastorno de vaciamiento gástrico o falla de la peristalsis esofágica. Los componentes anatómicos claves son el esfínter esofágico inferior, la crura diafragmática y el ligamento frenoesofágico.

#### **Diagnostico:**

**Endoscópico:** cuando se confirma erosion de la mucosa esofagica (esofagitis) constituye prueba suficiente para confirmar ERGE<sup>2</sup>. Se describen como complicaciones la estenosis péptica, Esófago de Barrett<sup>3</sup>

**Ph-metria esofágica de 24 horas:** es el gold-standard para confirmar ERGE en ausencia de esofagitis.

La evidencia medica actual (grado A) permite confirmar diagnostico de ERGE en presencia de una de las siguientes condiciones:

- Esofagitis en presencia de síntomas típicos
- Esófago de Barrett confirmado por biopsia
- Estenosis esofágica péptica (no maligna)<sup>4</sup>
- Ph-metria esofagica positiva

#### **Indicaciones para Cirugía:**

- Manejo medico fallido (no control sintomatico, regurgitacion severa no controlada con supresión acida, efectos secundarios de los medicamentos)
- Decision del paciente a pesar de adecuado control farmacologico (calidad de vida, rechazo a medicación prolongada)
- complicaciones del ERGE (esofago de Barrett<sup>5</sup>, estenosis peptica)
- ERGE con manifestaciones extraesofagicas (asma, ronquera, tos, aspiracion, dolor toracico)

## EVALUACION PREQUIRURGICA

El objetivo esta dirigido a la adecuada selección del paciente que se beneficie del manejo quirúrgico.

Endoscopia digestiva alta: es mandatorio en todo paciente estudiado por ERGE, permite confirmar la enfermedad erosiva, tomar biopsias y descartar otras patologías.

Ph-metría esofágica: indicada en paciente con sintomatología de reflujo gastroesofágico con endoscopia digestiva alta no confirmatoria o en casos de duda diagnostica.

Manometría esofágica: recomendada por algunos para descartar trastorno motor esofágico (acalasia, etc.) o decidir el tipo de válvula según el compromiso motor del esófago.

Rx vías digestivas altas: útil para definir la anatomía especialmente en hernias hiatales grandes o sospecha de esófago corto.

Los estudios de vaciamiento gástrico pueden ser útiles en casos seleccionados y para evaluar probable lesión del vago en casos que van a ser reintervenidos.

### **Manejo médico vs quirúrgico:**

Existe fuerte evidencia (nivel I) que soporta el tratamiento quirúrgico como alternativa efectiva a tratamiento médico.<sup>6</sup> Tanto para los casos con buena respuesta a tratamiento medico , como para aquellos con respuesta parcial.<sup>7</sup>

Con base en ph-metria y manometría se ha demostrado que la fundoplicatura es superior al manejo medico para reducir la exposición acida del esófago y mejorar la presión del esfinter esofágico inferior (nivel evidencia I-III)<sup>8</sup>. El tratamiento quirúrgico ha demostrado que la calidad de vida puede ser igual o superior a la reportada con manejo médico.<sup>9</sup>

La mayoría de estudios reportan que 9 a 21% de pacientes sometidos a cirugía antirreflujo pueden requerir terapia reductora de acido hasta 8 años posterior a la cirugía. Un estudio con nivel I de evidencia reporta que puede ser hasta del 62%<sup>10</sup>.

### **Recomendación (grado A):**

La terapia quirúrgica para la ERGE es una alternativa igualmente efectiva que la terapia farmacológica y debe ser ofrecida por cirujanos con experiencia en la técnica y a pacientes bien seleccionados.

La cirugía permite corregir adecuadamente los aspectos mecánicos asociados con el origen de la enfermedad y ofrecen satisfacción del paciente a largo plazo.

Para que la cirugía compita con el tratamiento medico debe ofrecer minima morbilidad y bajo costo.

## TECNICA QUIRURGICA

La gran variedad de técnicas y diferente experticia quirúrgica hacen difícil la estandarización y comparación de resultados. Para reducir el impacto de la curva de aprendizaje los estudios recomiendan que el cirujano iniciándose en la técnica sea acompañado por cirujano experto en los primeros 15-20 casos<sup>11</sup>. Los excelentes resultados que hagan comparable el manejo medico y quirúrgico exigen resultados de conversión del 2%, complicaciones 3% y estancias hospitalarias promedio de 2 días.

### **Fundoplicatura de Nissen:**

Apertura del ligamento freno esofagico de izquierda a derecha

Preservar rama hepática del nervio Vago Anterior

Diseción bilateral de la crura

Movilización esofágica transhiatal para lograr por lo menos 3 cms de esófago intraabdominal

Sección de vasos cortos para lograr plicatura sin tensión

Hiatoplastia posterior con puntos no absorbibles

Crear válvula antireflujo tipo Floppy Nissen, calibrada con bujía, longitud entre 1,5 a 2 cms con pexia de plano muscular anterior del esófago. Para la válvula tipo Toupet se prefiere una longitud mínima de 3 cms.

#### **Recomendación (grado A):**

- técnica quirúrgica laparoscópica.
- estandarizar el procedimiento
- Acompañamiento por cirujano experto en los primeros 20 casos para reducir efectos de curva de aprendizaje.

#### **Predictores de éxito quirúrgico:**

- Buena respuesta al tratamiento medico
- pacientes mayores de 65 años tienen excelentes resultados por lo menos en el 90% de casos, similar a pacientes jóvenes<sup>12</sup>.
- El aumento de presión intraabdominal en el postquirúrgico inmediato (vómito) y las hernias hiatales mayores de 3 cms han sido reportadas como predictores de falla anatómica.
- La depresión mayor puede tener impacto en la calidad de vida postcirugía y tienden a manifestar mas disfagia que la población control<sup>13</sup>.
- Pacientes con sintomatología atípica (asma, tos crónica, ronquera, otitis media, fibrosis pulmonar idiopática, neumonía recurrente, bronquitis crónica) tienen menor respuesta al tratamiento quirúrgico, se recomienda seleccionar para cirugía aquellos que tengan buena correlación entre síntomas y episodio de reflujo durante la ph-metria multicanal<sup>14</sup>.

#### **Recomendación (grado C):**

- La edad no es contraindicación para cirugía antireflujo
- Disminuir el vómito, eructos y todo lo que aumente presión intraabdominal en postqco inmediato

- Considerar funduplicatura parcial en pacientes con trastornos depresivos mayores.

#### **Esófago de Barrett**

Se define como la metaplasia del epitelio escamoso del esófago al ser reemplazado por epitelio columnar conteniendo metaplasia intestinal (goblet cells).

Se encuentra en el 1.65% de la población general, 8,6% de pacientes con ERGE sintomático y 10,8% de pacientes sometidos a cirugía antireflujo<sup>15</sup>. Se asocia a un riesgo 100 veces mayor que en la población general para desarrollar adenocarcinoma esofágico.

El hallazgo endoscópico de esófago de Barrett debe acompañarse de toma de biopsias de cuatro cuadrantes y cada 1-2 cms del área afectada para confirmarlo y determinar el grado histológico.

#### **Clasificación histológica del Barrett:**

1. No neoplasia
2. Neoplasia indefinida
3. Neoplasia intraepitelial de bajo grado
4. Neoplasia intraepitelial de alto grado
5. Carcinoma intramucoso

El reporte de neoplasia requiere la revisión por mas de un patólogo experto para confirmar diagnóstico y grado. Ante sospecha de neoplasia avanzada debe realizarse endosonografía para definir compromiso de pared esofágica.

La presencia de adenocarcinoma o neoplasia de alto grado debe excluir el manejo con cirugía antirreflujo.

#### **Seguimiento del esófago de Barrett:**

En ausencia de neoplasia se realizaran biopsias cada 3 años, para neoplasia de bajo grado cada 6 a 12 meses y para la displasia de alto grado cada 3 meses.

La cirugía antirreflujo no cambia las recomendaciones de seguimiento.

### **Complicaciones postquirúrgicas**

Conversión a cirugía abierta de 0 a 24%

Perforación esofágica o gástrica 0 a 4% es mucho más frecuente en cirugía de reintervención.

Neumotórax 1,5%

Infección de herida quirúrgica 0,2 – 3,1%

Hernia de puerto 0,17 -9%

Hernia de la válvula o migración de la válvula 0,8-26%.

### **SIGNOS DE ALARMA**

- Fiebre
- Vómito persistente
- Dificultad para respirar
- Dolor abdominal que no cede al uso de analgésicos formulados al egreso
- Aparición de signos inflamatorios o supuración de herida.

### **ORDENES POST OPERATORIAS**

- Dieta líquida las primeras dos semanas.
- Advertir la posibilidad de disfagia en la mayoría de casos transitoria
- Criterios de egreso: tolerancia a dieta líquida, adecuado control del dolor, estabilidad hemodinámica.
- Retirar apósitos a las 24 horas
- Incapacidad x 2 semanas

Si los signos de alarma aparecen cuando el paciente ya ha egresado de la Clínica, debe presentarse al servicio de urgencias para valoración por el médico de turno.

### **NIVELES DE EVIDENCIA**

Nivel I: ensayo clínico controlado, aleatorizado diseñado en forma apropiada

Nivel II: 1- ensayo clínico controlado bien diseñado pero no aleatorizado. 2- estudio de cohortes o casos y controles bien diseñados, multicéntricos. 3- múltiples series comparadas en el tiempo con o sin intervención.

Nivel III: series de casos, opinión de expertos.

### **Grados de Recomendación**

A: extremadamente recomendable (buena evidencia de eficacia y beneficio)

B: recomendable (moderada evidencia de eficacia, los beneficios superan los perjuicios)

C: ni recomendable ni desaconsejable (moderada evidencia de eficacia, beneficios similares a perjuicios, no puede justificarse recomendación general)

D: desaconsejable (moderada evidencia de eficacia, beneficios superan perjuicios)

I: evidencia insuficiente, de mala calidad o contradictoria, no puede determinar el balance entre beneficio y perjuicio.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

---

- <sup>1</sup> Kahrilas P J, Shaheen N J, Vaezi M F, Hiltz S W, Black E, Modlin I M, Johnson S P, Allen J, Brill J V (2008) American Gastroenterological Association Medical Position Statement on the management of gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology* 135:1383-1391.
- <sup>2</sup> Tam W C, Holloway R H, Dent J, Rigda R, Schoeman M N (2004) impact of endoscopic suturing of the gastroesophageal junction on lower esophageal sphincter function and gastroesophageal reflux in patients with reflux disease. *Am J Gastroenterol* 99:195-202.
- <sup>3</sup> Hassall E (1993) Barrett's esophagus: congenital or acquired? *Am J Gastroenterol* 88:819-24
- <sup>4</sup> Armstrong D, Bennett J R, Blum A L, Dent J, De Dombal F T, Galminche J P, Lundell L, Margulies M, Rictel J E, Spechler S J, Tytgat G N, Wallin L (1996) the endoscopic assessment of esophagitis: a progress report on observer agreement. *Gastroenterology* 111:85-92
- <sup>5</sup> Yau P, Watson D I, Devitt P G, Game P A, Jamieson G G (2000) laparoscopic antireflux surgery in the treatment of gastroesophageal reflux in patients with Barrett esophagus. *Arch Surg* 135:801-805
- <sup>6</sup> Spechler S J, Lee E, Ahnen D, Goyal R K, Hirano I, Ramirez F, Raufman J P, Sampliner R, Schnell T, Sontag S, Vlahcevic Z R, Young R, Williford W (2001) long-term outcome of medical and surgical therapies for gastroesophageal reflux disease: follow-up of a randomized controlled trial. *JAMA* 285:2331-2338
- <sup>7</sup> Mehta S, Bennett J, Mahon D, Rhodes M (2006) Prospective trial of laparoscopic nissen fundoplication versus proton pump inhibitor therapy for gastroesophageal reflux disease: seven-year follow-up. *J Gastrointest Surg* 10:1312-1316; discussion 1316-1317
- <sup>8</sup> Mahon D, Rhodes M, Decadt B, Hindmarsh A, Lowndes R, Beckingham I, Koo B, Newcombe R G (2005) Randomized clinical trial of laparoscopic Nissen fundoplication compared with proton-pump inhibitors for treatment of chronic gastro-oesophageal reflux. *Br J Surg* 92:695-699.
- <sup>9</sup> Ciofica R, Gadenstatter M, Klingler A, Lechner W, Riedl O, Schwab G P (2006) Quality of life in GERD patients: medical treatment versus antireflux surgery. *J Gastrointest Surg* 10:934-939
- <sup>10</sup> Spechler S J, Lee E, Ahnen D, Goyal R K, Hirano I, Ramirez F, Raufman J P, Sampliner R, Schnell T, Sontag S, Vlahcevic Z R, Young R, Williford W (2001) long-term outcome of medical and surgical therapies for gastroesophageal reflux disease: follow-up of a randomized controlled trial. *JAMA* 285:2331-2338
- <sup>11</sup> Watson D I, Baigrie R J, Jamieson G G (1996) A learning curve for laparoscopic fundoplication. Definable, avoidable, or a waste of time? *Ann Surg* 224:198-203
- <sup>12</sup> Pizza F, Rossetti G, Limongelli P, Del Genio F, Maffettone V, Napolitano V, Bruscianno L, Russo G, Tolone S, Di Martino M, Del Genio A (2007) influence of age on outcome of total laparoscopic fundoplication for gastroesophageal reflux disease. *World J Gastroenterol* 13:740-747.
- <sup>13</sup> Kamolz T, Granderath F A, Pointer R (2003) Does major depression in patients with gastroesophageal reflux disease affect the outcome of laparoscopic antireflux surgery? *Surg Endosc* 17:55-60
- <sup>14</sup> Del Genio G, Tolone S, del Genio F, Aggarwal R, d Alessandro A, Allaria A, Rossetti G, Bruscianno L, del Genio A (2008) Prospective assessment of patient selection for antireflux surgery by combined multichannel intraluminal impedance pH monitoring. *J Gastrointest Surg* 12:1491-1496

---

<sup>15</sup> Ronkainen J, Aro P, Storskrubb T, Johansson S E, Lind T, Bolling-Sternevald E, Vieth M, Stolte M, Talley N J, Agreus L (2005) Prevalence of Barrett's esophagus in the general population: an endoscopic study. *Gastroenterology* 129:1825-1831