



# Tratamiento quirúrgico del reflujo gastroesofágico del adulto

P. Hauters, C. Bertrand, M. Legrand, E. van Vyve, J. Closset

*La cirugía antirreflujo constituye un tratamiento eficaz y duradero del reflujo gastroesofágico (RGE) cuyos resultados son superiores a los del tratamiento médico en términos de control de los síntomas y de mejora de la calidad de vida. No obstante, la cirugía conlleva una tasa no despreciable de efectos secundarios y de reintervenciones. Es necesario seleccionar e informar apropiadamente a los pacientes candidatos para cirugía antirreflujo. Una endoscopia que demuestre la existencia de una esofagitis permite, por sí sola, realizar el diagnóstico de RGE en un paciente que presente los síntomas típicos. En caso de duda diagnóstica, es imprescindible la realización de una pH-metría. La manometría esofágica y la prueba de vaciamiento gástrico no son necesarias de rutina. En comparación con la laparotomía, la laparoscopia presenta numerosas ventajas y se ha convertido en la vía de acceso de elección. Los principios de la cirugía son: reducción de la unión esofagogastrica a la cavidad abdominal, cierre de los pilares del diafragma y creación de una válvula antirreflujo sin tensión. La elección entre la fundoplicatura de tipo Nissen, Rossetti, Toupet o Dor es una cuestión de escuela, ya que ninguna técnica ha demostrado su superioridad sobre las otras de forma concluyente. Aunque para una fundoplicatura completa es suficiente una válvula de 1-2 cm, en caso de fundoplicatura parcial se aconseja una válvula de unos 3 cm de altura. La disfagia postoperatoria es frecuente, pero transitoria. No hay que buscar una causa mecánica, salvo si persiste más de 3 meses. Los síntomas de tipo distensión abdominal (gas bloat) pueden ser anteriores o secundarios a la cirugía. Con un seguimiento de 5-10 años, la tasa de recidiva de los síntomas del RGE es inferior al 12%, aunque en el 3-6% de los pacientes es necesaria una reintervención. La causa principal de fracaso es el ascenso de la válvula en el tórax, relacionada con un cierre inadecuado de los pilares o un braquiesófago no diagnosticado.*

© 2015 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Reflujo gastroesofágico; Tratamiento quirúrgico; Fundoplicatura; Laparoscopia; Hernia de hiato; Braquiesófago

## Plan

■ <b>Introducción</b>	2	■ <b>Complicaciones</b>	8
■ <b>Reseña anatómica y fisiopatológica</b>	2	Morbilidad y mortalidad	8
■ <b>Indicaciones quirúrgicas</b>	2	Complicaciones peroperatorias	8
■ <b>Estudio preoperatorio</b>	2	Complicaciones postoperatorias	9
Anamnesis	2	■ <b>Resultados</b>	9
Endoscopia	2	Resultados clínicos	9
Tránsito baritado esofagogastroduodenal (TEGD)	2	Efectos secundarios	9
pH-metría y pH-impedanciometría	3	Comparación entre las diferentes técnicas	9
Manometría	3	■ <b>Situaciones particulares</b>	10
Gammagrafía de vaciamiento gástrico	3	Esófago de Barrett	10
■ <b>Técnica quirúrgica</b>	3	Obesidad mórbida	10
Historia	3	Hernia hiatal paraesofágica	10
Colocación del paciente y posición de los trocared	3	Braquiesófago, técnica de CollisNissen	12
Exposición del hiato esofágico	4	Reintervenciones	14
Diseción del esófago	4	■ <b>Innovaciones tecnológicas</b>	14
Cierre de los pilares del diafragma	5	Cirugía robótica	14
Métodos valvulares	6	Cirugía a través de una incisión umbilical única	14
		Sistema LINX	15

## ■ Introducción

El reflujo gastroesofágico (RGE) se define como la respuesta sintomática de la mucosa esofágica a una exposición cualitativa o cuantitativamente anormal al contenido gástrico [1]. La incidencia anual de la esofagitis péptica es del 1,2-1,5% [2]. Entre las personas que sufren de pirosis, el 77% refiere un impacto negativo sobre su vida cotidiana y el 27% dice sentirse muy invalidado [2]. Estos pacientes disponen de la opción entre un tratamiento médico puramente sintomático, de una eficacia cada vez mayor con el aparición de los inhibidores de la bomba de protones (IBP), y un tratamiento quirúrgico con fines curativos. Un metaanálisis reciente, extraído de la base de datos Cochrane, ha demostrado que el tratamiento quirúrgico es superior al tratamiento médico, no sólo en términos de control de la pirosis y de la regurgitación, sino también en términos de mejora de la calidad de vida (CdV) [3]. A pesar de esto, sólo una minoría de los pacientes que presentan un RGE documentado recurre finalmente a la cirugía.

## ■ Reseña anatómica y fisiopatológica

El esfínter esofágico inferior (EEI) es una zona de alta presión situada en la unión esofagogástrica con un equivalente anatómico demostrado [4]. En condiciones basales, el EEI está cerrado para evitar el reflujo del contenido gástrico hacia el esófago. Se abre temporalmente durante la deglución para permitir el paso de los alimentos. El orificio hiatal, atravesado por la parte distal del esófago, es un canal muscular de 2,5 cm de longitud formado principalmente a partir del pilar diafragmático derecho. El ligamento frenoesofágico forma una vaina alrededor del esófago que fija su parte distal al diafragma. No obstante, este ligamento permite que el esófago se deslice 1-2 cm dentro del hiato diafragmático.

Existen tres mecanismos fisiopatológicos responsables del RGE:

- la relajación transitoria del EEI (RTEEI): este fenómeno se debe distinguir claramente de la relajación fisiológica del EEI inducida por la deglución. Estas RTEEI no son consecutivas a una contracción del esófago y duran más tiempo (> 10 segundos) [5];
- la hipotonía basal del EEI: el tono normal del EEI varía de 10 a 30 mmHg. Una minoría de los pacientes que sufren RGE presenta una hipotonía permanente del EEI (< 10 mmHg);
- una hernia hiatal (HH): ésta se caracteriza por la protrusión de una parte más o menos importante del estómago en la cavidad torácica a través del orificio diafragmático. La ascensión del EEI en el tórax se asocia a una pérdida de la compresión extrínseca del diafragma crural [6], y la presión negativa intratorácica también debilitaría el tono basal del EEI.

El mecanismo del RGE determinará la gravedad de la esofagitis. Las RTEEI son responsables de las afecciones moderadas, de la asociación de una HH y de una hipotonía del EEI de las afecciones graves [7]. Una alteración del aclaramiento esofágico y las anomalías del vaciamiento del reservorio gástrico podrían agravar las consecuencias del reflujo.

## ■ Indicaciones quirúrgicas

Puesto que se trata de una cirugía funcional, el paciente debe ocupar un lugar central en la decisión terapéutica y debe estar claramente informado de las ventajas potenciales y de los posibles efectos secundarios de la cirugía. Los

síntomas digestivos típicos del RGE son la pirosis postural y la regurgitación, aunque el RGE también puede dar lugar a síntomas atípicos reconocidos, como dolores torácicos, asma, tos seca y voz roca. La relación con otras afecciones, como laringitis, bronquitis crónica, sinusitis o afecciones dentales es mucho más aleatoria. Todo paciente con un RGE confirmado objetivamente pero parcialmente o mal controlado mediante un tratamiento médico bien realizado es un candidato potencial para la cirugía antirreflujo. Las indicaciones quirúrgicas conciernen a:

- los pacientes con recidiva de la sintomatología después de detener el tratamiento médico y que desean evitar la dependencia al tratamiento médico;
- los pacientes que presentan una mejoría insuficiente con el tratamiento médico; aunque los IBP suelen ser eficaces en el control de la acidez gástrica, no siempre eliminan los síntomas ligados a la regurgitación [8];
- los pacientes con RGE complicado; gran HH, braquiesófago, estenosis péptica, esófago de Barrett.

## ■ Estudio preoperatorio

El estudio preoperatorio tiene como objetivo confirmar la existencia del RGE, garantizar que la cirugía producirá una correcta mejoría de la sintomatología y buscar la existencia de factores predictivos de malos resultados a pesar de una cirugía antirreflujo eficaz.

### Anamnesis

La anamnesis es la etapa clave en el esclarecimiento, ya que el RGE es una enfermedad funcional ligada a múltiples factores fisiopatogénicos. Se centrará en investigar la posible presencia de todos los síntomas típicos o atípicos de la enfermedad, pero también de posibles síntomas digestivos vinculados no ligados al RGE (hinchazón abdominal, dispepsia, náuseas, borborignos). A pesar de una cirugía antirreflujo eficaz, la existencia de estos síntomas, etiquetados como «dismotilidad intestinal», es un factor predictivo de mal resultado postoperatorio en términos de CdV [9,10]. Igualmente, en los pacientes ansiosos a menudo se registran resultados decepcionantes [10,11]. Por ello es conveniente sensibilizar a estos pacientes sobre el hecho de que la cirugía sólo trata los síntomas del RGE. Los pacientes que responden a los IBP se considerarán los mejores candidatos a la cirugía [12]. Una ausencia de respuesta no supone una contraindicación, pero hace preciso demostrar la relación de los síntomas con el reflujo mediante la realización de pruebas complementarias [13].

### Endoscopia

La endoscopia digestiva alta es indispensable. Permite objetivar una esofagitis péptica, lo que, en asociación con una sintomatología típica, confirma el diagnóstico de RGE [14]. También aportará información sobre la gravedad de esta esofagitis ligada a la importancia del reflujo [15], sobre la existencia de formas complicadas (HH, braquiesófago, esófago de Barrett, estenosis péptica) y, finalmente, sobre la asociación de una patología gástrica (úlcera, antritis por *Helicobacter pylori*, reflujo duodenogástrico).

### Tránsito baritado esofagogastroduodenal (TEGD)

El tránsito baritado esofagogastroduodenal no aporta nada en el diagnóstico del RGE. En el contexto del estudio preoperatorio, el TEGD proporciona informaciones morfológicas sobre la existencia, el tipo y la importancia de una HH, así como también del riesgo de encontrar un braquiesófago.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3287107>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3287107>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)