



REVISTA DE
GASTROENTEROLOGÍA
DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



CIRUGÍA

Cirugía antirreflujo

F. Quijano-Orvañanos

Departamento de Cirugía, Centro Médico ABC

Recibido el 2 de junio de 2015; aceptado el 30 de junio de 2015

La asociación de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es bien conocida; sin embargo, no existe un número de estudios satisfactorio que analice esta relación. Del Grande y cols.¹ estudiaron a 48 pacientes con EPOC con manometría de alta resolución y pH-metría con impedancia. Encontraron que en 21 pacientes (44%) existió evidencia de ERGE y en 27 no; no hubo diferencias en edad, sexo, índice de masa corporal o severidad de la EPOC. Tampoco hubo diferencias en las manometrías de ambos grupos; sin embargo, el gradiente de presión transdiafragmática fue significativamente mayor en los pacientes con reflujo: 10 vs. 5 ($p < 0.001$) y la presión torácica fue significativamente menor: 0.8 vs. 5 ($p < 0.02$). Este estudio demuestra que la presión transdiafragmática y no un EEI deficiente es la responsable del reflujo en estos pacientes. Este estudio es importante ya que nos demuestra que la fisiopatología del reflujo en estos pacientes puede tener un origen diferente al del EEI deficiente, lo cual puede tener implicación en su tratamiento.

Por otra parte, Finn y cols.² presentan un estudio retrospectivo que analiza a pacientes con fibrosis pulmonar idiopática o EPOC que fueron evaluados con pH-metría con impedancia y pruebas de funcionamiento pulmonar como parte de la evaluación pretrasplante pulmonar, con el objeto de clarificar si el deterioro de la función pulmonar 1 año después de la evaluación se correlaciona con el reflujo gastroesofágico. Estudiaron a 37 pacientes con fibrosis pulmonar idiopática y 20 con EPOC, y concluyeron que el reflujo

gastroesofágico anormal medido con impedancia se correlaciona con deterioro de la función pulmonar en pacientes con fibrosis pulmonar pero no con EPOC.

La cirugía antirreflujo se ha asociado con una mejoría en la sobrevida del trasplante pulmonar y el momento óptimo para la cirugía antirreflujo en estos pacientes no es muy claro. Lo Wai-Kit y cols.³ estudiaron a una cohorte de 48 enfermos sometidos a trasplante pulmonar y cirugía antirreflujo. Los pacientes que fueron sometidos a cirugía antirreflujo 6 meses o más después del trasplante tuvieron una mayor incidencia de rechazo que aquellos sometidos a la cirugía antes o poco tiempo después del trasplante. Este estudio y el anterior demuestran la importancia del reflujo en estos pacientes; la microaspiración debida al reflujo se relaciona con bronquiolitis y rechazo al trasplante pulmonar. Los pacientes con fibrosis pulmonar y aquellos que son candidatos a trasplante deben ser estudiados agresivamente para diagnosticar y tratar el reflujo de forma oportuna.

Schneider A. y cols.⁴ evaluaron de manera retrospectiva a 133 pacientes estudiados con pH-metría y que fueron operados de funduplicatura con síntomas atípicos que dividieron en tres grupos: 1) síntomas otorrinolaringológicos, 2) dolor torácico y 3) síntomas respiratorios. Definieron como resultado posoperatorio positivo una disminución de 50% o más de los síntomas. Se correlacionó el índice de síntomas y la probabilidad de asociación de los síntomas con los resultados. La sensibilidad y la especificidad fueron muy variadas, y no fueron de utilidad para predecir los resultados; sin embargo, la prueba de pH-metría positiva se asoció con una

Autor de correspondencia: Paseo de la Reforma 2608, piso 9. C.P. 05600. México, D.F. Teléfono: 55 62859602.

Correo electrónico: fequor@gmail.com (F. Quijano-Orvañanos)

mejoría de 71% en síntomas de otorrinolaringología, 80% de mejoría en el dolor torácico y 79% en los síntomas respiratorios. Concluyen que los pacientes con síntomas atípicos siguen siendo un problema diagnóstico y pronóstico importante; la funduplicatura mejoró los síntomas en la mayoría de los pacientes, pero no fue posible correlacionar con el índice de síntomas o la probabilidad de asociación de síntomas y resultados. Este estudio con un número significativo de pacientes nos muestra como la pH-metría positiva predice un resultado “satisfactorio” en 70 a 80% de los pacientes con reflujo y síntomas atípicos que son tratados con funduplicatura, y no así la probabilidad de asociación de síntomas o el índice de síntomas. Seguimos sin tener un mejor predictor para la indicación de la cirugía en estos pacientes.

Un grupo de cirujanos de la Universidad de Maastricht⁵ evaluó la integridad de los nervios vagos con la respuesta del polipéptido pancreático a la hipoglucemia inducida por insulina en 121 sujetos, antes y 6 meses después de la cirugía en enfermos sometidos a funduplicatura entre 1990 y 2002; se analizaron también la pH-metría y el vaciamiento gástrico. En 2014, entre 12 y 24 años pos-funduplicatura 106 pacientes fueron contactados para evaluación de síntomas usando dos cuestionarios validados (GRSR y GERD-HRQL). Se documentó lesión vagal en 25 pacientes pos-funduplicatura a los 6 meses, el vaciamiento gástrico mejoró en enfermos con vagos íntegros pero no en pacientes con lesión vagal, mientras que la exposición al ácido fue comparable en ambos grupos. A largo plazo, de los pacientes que llenaron ambos cuestionarios aquellos que habían tenido una lesión vagal tuvieron un resultado sintomático significativamente peor (GERD-HRQL 12 vs. 3, $p < 0.05$) y una incidencia de reintervención mayor cuando se compararon con aquellos sin lesión vagal: 53 vs. 13% ($p < 0.001$). Concluyen que el resultado a 6 meses no fue afectado por la lesión vagal, pero que a largo plazo se demostró un resultado sintomático significativamente peor y una incidencia de reintervención mayor. Sugieren que es muy importante identificar y preservar ambos nervios vagos durante la intervención primaria.

Este estudio es el primero que demuestra la importancia de la lesión vagal a largo plazo y enfatiza la necesidad de cuidar los nervios vagos durante la cirugía antirreflujo ya que, aunque pareciera algo evidente, es fácil lesionarlos con los instrumentos de electrocirugía que se usan en la disección del hiato esofágico.

Daigle C. y cols.⁶ evaluaron retrospectivamente 102 funduplicaturas realizadas entre 1997 y 2013 en pacientes con índice de masa corporal mayor o igual a 30. La edad promedio fue de 50 años y el índice de masa corporal de 34.3, con una mediana de cuatro comorbilidades. Se realizaron 101 Nissen y un Dor, cierre de pilares en 78, con malla en siete y

no se realizó cierre en 17. Se practicó operación de Collis concomitante en 17 casos. No hubo mortalidad y se presentaron 10 (9.8%) de morbilidades. Después de un seguimiento de 44.7 meses continuaban con un índice de masa corporal de 32.9, 11.8% reportaba regurgitación, 22.6% disfagia y 46.1% síntomas subjetivos de reflujo recurrente. Al estudiarlos, 29 (28.4%) tenían evidencia de falla anatómica o reflujo recurrente. La mitad era dependiente de inhibidores de bomba de protones y seis tomaban bloqueadores H₂ diariamente. Este estudio debe alertarnos en cuanto a la eficacia y durabilidad de la funduplicatura en los pacientes obesos, en particular aquellos con obesidad mórbida. Además, comprueba de forma objetiva lo que se había estado sugiriendo en cuanto a que en el obeso mórbido con enfermedad por reflujo gastroesofágico la funduplicatura debe sustituirse por una cirugía que además atienda el problema de obesidad, como el *bypass* gástrico en Y de Roux.

Financiamiento

No se recibió financiamiento alguno.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Del Grande LM, Herbella FA, Patti MG. Pathophysiology of Gastroesophageal Reflux in patients with COPD is linked to an increased transdiaphragmatic pressure gradient Not a Defective Esophagogastric Barrier. Abstract book, p 143; DDW 2015: Washington, DC; 2015.
2. Finn R, Gavini S, Lo W, et al, Increased Reflux Severity on Impedance Predicts One-year Pulmonary Function Decline in Pre-Lung Transplant Patients with Idiopathic Pulmonary Fibrosis. Abstract book, p 74; DDW 2015: Washington, DC; 2015
3. Lo WK, Wee J, Fisichella PM et al. Both Pre-Transplant and Early Post-Transplant Anti-reflux Surgery Prevent Development of Early Allograft Injury after lung transplantation. Abstract book, p 143; DDW 2015: Washington, DC; 2015.
4. Schneider AM, Louie BE, Aye RW et al. The role of Symptom Index and Symptom associated Probability in the surgical treatment of atypical GERD symptoms. Abstract book p 873; DDW 2015: Washington, DC; 2015.
5. Van Rijn S, Rinsma NF, Ringers J, et al. Effect of Vagus Nerve Integrity on Short and Long Term Efficacy of Antireflux Surgery. Abstract book, p 107; DDW 2015: Washington, DC; 2015.
6. Daigle CR, Boules M, Corcelles R, et al. Natural History of Primary Fundoplication in the Obese: a multicenter study. Abstract book p 144; DDW 2015: Washington, DC; 2015.