

# GUÍAS CLÍNICAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

## Tratamiento quirúrgico

Coordinadora: Dra. Angélica I. Hernández-Guerrero

Participantes:

Dr. James Murray-Nungaray

Dr. Francisco Escobar-Martínez

Dr. Fernando Bernal-Sahagún

Dr. Alfredo Güitrón-Cantú

### ¿QUÉ ENFERMOS DEBEN SER ENVIADOS A TRATAMIENTO QUIRÚRGICO?

1. Aquellos con sintomatología persistente, que afecta su calidad de vida y que dependen de la ingesta constante de medicamentos.
2. Falta de apego al tratamiento médico.<sup>1</sup>
3. Pacientes que para el control de sus síntomas requieren de un aumento progresivo de las dosis habituales de omeprazol (20 mg), rabeprazol (20 mg), lansoprazol (30 mg), pantoprazol (40 mg) o esomeprazol (40 mg).
4. Esofagitis erosiva que requiere tratamiento a largo plazo y con riesgo de complicaciones.
5. El enfermo con síntomas recurrentes y que decida de manera expresa la cirugía, siempre que no exista una contraindicación.

La cirugía antirreflujo es una alternativa de tratamiento a largo plazo en enfermos bien seleccionados.

Es indispensable establecer con absoluta certeza el diagnóstico de ERGE con o sin hernia hiatal. El fundamento del tratamiento quirúrgico es aumentar la eficacia de la barrera antirreflujo

Las complicaciones de la enfermedad como: estenosis, úlcera o esófago de Barrett no son indicaciones absolutas de cirugía.

Los predictores de buena respuesta al tratamiento quirúrgico son:

1. Respuesta adecuada a tratamiento farmacológico.
2. Pacientes con pHmetría anormal. En los enfermos

con pHmetría normal y ERGE se han informado malos resultados en comparación con los que son llevados a funduplicatura con pHmetría anormal.

3. Personas menores de 50 años.<sup>2,3</sup>

La efectividad de la cirugía se ve reducida en sujetos con reflujo refractario a tratamiento médico, enfermedad documentada de manera deficiente.

### Enfermedad por reflujo no erosiva (ERNE)

En los casos de ERNE no se ha determinado bien el papel de la cirugía antirreflujo. Aunque podría considerarse en caso de algunos síntomas extraesofágicos a nivel laríngeo o pulmonar, o en el caso de un defecto anatómico grande como hernia hiatal.<sup>4</sup>

El grupo consideró que la cirugía antirreflujo laparoscópica representa un avance terapéutico significativo, sin embargo, los resultados dependen sustancialmente de la experiencia del cirujano. No hay en la actualidad estudios que comparen el costo-efectividad de la terapéutica médica con la quirúrgica. Por lo tanto, la elección dependerá de la preferencia del paciente en el caso de contar con un grupo quirúrgico entrenado.

*(Nivel de Evidencia 2, Grado de Recomendación B).*

### ¿HAY DIFERENCIAS ENTRE LAS DIVERSAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS?

No hay ninguna diferencia en resultados en cuanto al abordaje quirúrgico utilizado: laparotomía o cirugía de mínima invasión (laparoscopia), ya que el funda-

mento es el mismo (reforzar la barrera a nivel de la unión EG). Hoy en día se recomienda de primera elección el abordaje por laparoscopia, ya que ha demostrado ventajas en relación a menor índice de morbi-mortalidad, corta estancia hospitalaria y menor tiempo de recuperación.

En relación con la vía de abordaje hay que tomar en consideración la accesibilidad de recursos y la experiencia del cuerpo médico.

El procedimiento de elección para tratar esta enfermedad, es el de Nissen modificado (funduplicatura de 360 grados, floja y corta, realizada con material no absorbible), siempre y cuando no exista sospecha de un trastorno motor en el cuerpo del esófago.<sup>5,6</sup>

La funduplicatura parcial, particularmente la técnica de Tuopett, tienen un índice de recurrencia mayor (hasta 35% a dos años), lo que obliga a continuar con tratamiento médico.<sup>7</sup>

El grupo consideró que la cirugía antirreflujo por laparoscopia ha sustituido la terapéutica quirúrgica convencional y hay estudios que sugieren que esta técnica es más efectiva con respecto al costo.

*(Nivel de Evidencia 3, Grado de recomendación C).*

### ¿QUÉ PAPEL TIENEN LAS TÉCNICAS ENDOSCÓPICAS?

En el momento actual y en nuestro medio, las técnicas endoscópicas no tienen ninguna indicación.

Existen diferentes técnicas descritas para el manejo endoscópico de la ERGE.

1. A pesar de que se han probado una gran variedad, en el momento actual sólo existen dos que siguen en investigación:

El método de radiofrecuencia (Stretta) y la plicatura endoscópica transmural (Plicator y Esophix).

2. Las indicaciones para su uso son muy restringidas: enfermos con hernia hiatal pequeña y esofagitis leve (grado A y B de los Ángeles).
3. A corto plazo (12 meses) estos procedimientos disminuyen los síntomas y el porcentaje de uso de medicamentos (IBP), pero cerca de 50% de los enfermos requieren continuar con tratamiento médico, estos resultados están basados en series de casos con muestras pequeñas, no existen tratamientos comparativos ni resultados a largo plazo.<sup>8,9</sup>
4. En nuestro medio no hay factibilidad para la realización de estos tratamientos, el costo-beneficio no jus-

tifica su aplicación y solamente quedarían restringidos para protocolos de investigación bien estructurados en centros de referencia.<sup>10</sup>

El grupo concluyó que las opciones de manejo endoscópico dirigidas a mejorar la ERGE tienen un efecto incierto y sus resultados son inconsistentes.

*(Nivel de Evidencia 3, Grado de Recomendación C).*

### ¿CUÁL ES LA UTILIDAD DE LA FUNDUPLICATURA EN LOS ENFERMOS CON MANIFESTACIONES EXTRAESOFÁGICAS Y ATÍPICAS?

En este tipo de pacientes, la cirugía es una alternativa válida, cuando se demuestra que los síntomas son debidos al reflujo y especialmente si el paciente ha respondido al tratamiento con inhibidores del ácido, la funduplicatura puede resolver el problema entre 35 y 70% de los casos.<sup>11</sup>

1. En el manejo de este tipo de pacientes, es indispensable hacer un protocolo de estudio más completo, que incluya la pHmetría de 24 horas y un estudio manométrico, con el objeto de demostrar que los síntomas son debidos al reflujo.
2. Los síntomas laríngeos pueden requerir mayor tiempo para resolverse después de la cirugía que los síntomas esofágicos, pero el rango de respuesta es de 60 a 70%. Se consideran no candidatos a cirugía, aquellos pacientes que no responden al tratamiento médico (IBP) o que tienen cambios laríngeos o pulmonares estructurales.<sup>12,13</sup>

El grupo concluyó que las opciones tanto médicas como quirúrgicas dirigidas a mejorar los síndromes extraesofágicos asociados al reflujo como la tos, laringitis y el asma tienen un efecto incierto y sus resultados son inconsistentes.

*(Nivel de Evidencia 3, Grado de Recomendación C).*

#### REFERENCIAS

1. Armstrong D, Marshall J, Chiba N, Enns R, Fallone C, et al. Canadian Consensus Conference on the management of gastroesophageal reflux disease in adults. Update 2004. *Can J Gastroenterol* 2005; 19: 15-35.
2. De Vault K, Castell D. Update Guidelines for the diagnosis and treatment of Gastroesophageal reflux disease. *AJG* 2005; 100: 190-200.
3. Catarci M, Gentileschi P, Papi C, Carrara A, Marrese R, et al. Evidence-Based Appraisal of Antireflux Fundoplication. *Ann Surg* 2004; 239: 325-37.

4. Westcot C, Hopkins B, Bach K, Postman G, Belafsky P, et al. Fundoplication for laringo-faringeal reflux disease. *Am J Coll Surg* 2004; 199: 23-30.
5. Brooks DC, Rattner D. Patient satisfaction following laparoscopic and open antireflux surgery. *Arch Surg* 1995; 130: 289-94.
6. Catarci M, Gentileschi P, Papi C, Carrara A, Marrese R, et al. Evidence-Based Appraisal of Antireflux Fundoplication. *Ann Surg* 2004; 239: 325-37.
7. Zoring C, Strate U, Fibbe C. Nissen vs Toupet laparoscopic fundoplication. *Surg End* 2002; 16: 758-66.
8. Freston JW, Triadafilopoulos G. Review article: approaches to the long-term management of adults with GERD-proton pump inhibitor therapy, laparoscopic fundoplication or endoscopic therapy. *Aliment Pharmacol Ther* 2004; 19(Suppl. 1): 35-42.
9. Falk GW, Fennerty MB, Robstein RI. AGA Institute Medical Position Statement on the use of Endoscopic Therapy for Gastroesophageal Reflux Disease. *Gastreoneotrol* 2006; 131: 1513-21.
10. Chen Y, Rajjman I, Ben-Memachen T, Starpoli A, Lui J, et al. Long-term outcomes of endoluminal gastroplication: a U.S. multicenter trial. *Gastrointes Endosc* 2005; 61: 659-67.
11. Richter JE. Review article: Extraesophageal manifestations of gastroesophageal reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2005; 22(Suppl. 1):70-80.
12. Bresadola V. Surgical therapy for patient with extra esophageal symptoms for GERD. *Minerva Chir* 2006; 61: 9-15.
13. Ciofica R. Laparoscopical ant reflux surgery provides excellent results and quality of life in gastroesophageal reflux disease patients with respiratory symptoms. *J Gastroent Surg* 2005; 9: 633-7.