



BOLETÍN AMG

N. 5/2018

Revista Mexicana de Gastroenterología

•Próximo evento

•Consenso Mexicano de Infección por Clostridium difficile 2018

•Gastronoticias

1.- REVISTA MEXICANA DE GASTROENTEROLOGIA:

En el Número 3/2017 de la Revista de Gastroenterología de México se publica el artículo de revisión: "Síntomas y Complicaciones Postfunduplicatura: Abordaje, Diagnóstico y Tratamiento" En este artículo el Dr. Sobrino y colaboradores hacen una extensa revisión de las complicaciones postfunduplicatura, se detallan los aspectos fisiopatológicos, las clasificaciones propuestas, la mejor forma de diagnosticarlas y el tratamiento

En la actualidad la funduplicatura laparoscópica tipo Nissen se considera el tratamiento quirúrgico de elección para la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). **Las indicaciones para el tratamiento quirúrgico de la ERGE son:**

- ERGE erosiva sintomática en pacientes jóvenes con buena respuesta a inhibidores de bomba de protones (IBP),
- Evidencia de Hernia hiatal grande o disfunción del esfínter esofágico inferior (EEI),
- Pacientes que desean suspender el tratamiento médico por costo o comodidad,
- intolerancia al tratamiento médico
- Síntomas severos, en especial con reflujo nocturno y regurgitaciones. Se subraya la importancia de la valoración preoperatoria para asegurarnos que los síntomas del

paciente son el resultado de reflujo gastroesofágico y no por otros mecanismos. Para lograr este objetivo se utilizan diversos métodos diagnósticos como endoscopia, esofagograma, pHmetría ambulatoria y manometría esofágica.

Los factores predictores de buena respuesta clínica son principalmente la buena selección del paciente y la experiencia del cirujano. Sin embargo, en general, el control sintomático disminuirá con el tiempo (90% a 3 años vs. 67% a 7 años).

Podemos denominar “*falla a la cirugía*” cuando persisten los síntomas posterior al tratamiento quirúrgico, llamamos “*Disfunción*” cuando los síntomas desaparecen posterior a la cirugía y con el tiempo reaparecen y llamamos “*complicación*” cuando los síntomas empeoran o aparecen situaciones clínicas que el paciente no tenía antes de la cirugía.

La prevalencia de síntomas posquirúrgicos nuevos, persistentes y recurrentes varía entre el 2 y 20% en las diversas series reportadas. La mayoría de las veces son consecuencia de una o más anomalías en la anatomía y en la función esofagogástrica. Podemos dividir las complicaciones postquirúrgicas en tempranas y tardías. Las complicaciones tempranas incluyen la disfagia postoperatoria, neumotórax o enfisema, , disrupción de la funduplicatura o perforación. Las complicaciones tardías son el síndrome de distensión por gas (síndrome de la burbuja gástrica), pirosis postoperatoria, regurgitación y dolor torácico. También pueden presentarse manifestaciones extraesofágicas, los síntomas dispépticos son los más frecuentes, se puede presentar gastroparesia funduplicatura, o en algunos casos síntomas asociados a laringitis o faringitis por ERGE. También se han documentado casos que presentan arritmias, trastornos del sueño y ataques de ansiedad.

El adecuado abordaje de diagnóstico y tratamiento permitirá mejorar la calidad de vida en el paciente con síntomas incidentes después de la cirugía, pero lo más importante es una adecuada valoración preoperatoria.

REFERENCIA:

Sobrino-Cossio S, Soto-Pérez JC, Coss-Adame E, et al. Síntomas y Complicaciones Postfunduplicatura: Abordaje, Diagnóstico y Tratamiento”. *Rev Gastroenterol Mex* 2017;82(3):234-247

2. PROXIMO EVENTO: GASTROTRILOGIA XIII

XIII GASTROTRILOGÍA

13 - 14 de ABRIL, 2018

DURANGO

“Abordaje médico, endoscópico y quirúrgico en problemas clínicos comunes”

El Dr. Francisco Huerta Iga, expresidente de nuestra asociación y gastroenterólogo del Hospital Ángeles en Torreón, Coahuila, nos hablará acerca del “Tratamiento Quirúrgico de la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE): ¿Cómo optimizar los resultados?”. A continuación, presentamos algunos puntos importantes de su participación.

Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) son los medicamentos mas eficaces para el control de los síntomas y la cicatrización de las lesiones epiteliales del esófago en todas las presentaciones clínicas de la ERGE. De igual manera, el tratamiento quirúrgico de la ERGE representa una opción igual o más efectiva en casos bien estudiados y seleccionados; sobre todo en pacientes jóvenes, con hernias hiatales grandes, con buena respuesta clínica y endoscópica con IBP, o con regurgitaciones de difícil control.

Con el advenimiento de la cirugía laparoscópica, se han incrementado de manera sustancial el número de pacientes sometidos a este tratamiento de la ERGE. Esta técnica es altamente eficaz, con reportes de alivio y control de síntomas de 85 al 90%. Sin embargo, no está exento de complicaciones entre las que se reportan recurrencia de hernia hiatal, torsión de la funduplicatura, persistencia de síntomas relacionados a la ERGE, disfagia, distensión abdominal y disfunción motora del esófago. La recurrencia o persistencia de síntomas puede ocurrir entre el 10 y 20% de los casos y la tasa de reoperación se reporta desde un 3 al 6% en diversas series. Las causas más frecuentes por las cuales la cirugía antirreflujo puede fallar son: mala indicación de la cirugía en un paciente, mala evaluación preoperatoria y falla en la técnica quirúrgica. Existen varias guías clínicas de diferentes sociedades médicas a nivel mundial que han establecido de manera clara las situaciones en las que un paciente con ERGE puede ser sometido a una funduplicatura quirúrgica. El sexo y la edad no son un factor importante, aunque se deben tomar en cuenta que algunos trastornos funcionales digestivos son mas frecuentes en mujeres y en ellas habrá que descartar, ante sospecha clínica, hipersensibilidad visceral y pirosis funcional. El sobrepeso y la obesidad no son factores que influyan en el resultado de la cirugía, aunque en la obesidad mórbida se recomienda mejora hacer una cirugía tipo bypass gástrico. La motilidad esofágica, la exposición esofágica al ácido y el grado de esofagitis no son factores independientes de mal pronóstico para la indicación de cirugía. Una vez estudiados los pacientes candidatos a cirugía antirreflujo en forma sistemática y completa, se deberá enviarlos preferentemente a centros de tercer nivel con cirujanos muy experimentados para disminuir la posibilidad de complicaciones o cirugías fallidas.

3. CONSENSO MEXICANO SOBRE PREVENCION, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA INFECCION POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE 2018.

*El pasado 31 de enero se llevó a cabo la reunión presencial de más de 20 especialistas, gastroenterólogos e infectólogos, en las oficinas de la **Asociación Mexicana de Gastroenterología** con el objetivo de realizar una cuarta votación (esta vez presencial) de los enunciados del consenso, además de discutir los puntos esenciales de la descripción de cada enunciado y las bibliografía para el documento final del “Consenso Mexicano sobre Prevención, Tratamiento y Control de la Infección por Clostridium difficile”, que será publicado en la Revista Mexicana de Gastroenterología.*



El consenso surge como una iniciativa del Dr. Ramón Carmona, actual presidente de la AMG, y es coordinado por la Dra. María Teresa Abreu y Abreu, La Dra. Mónica Zavala Solares y el Dr. José Antonio Velarde Ruíz Velasco, quienes elaboraron los enunciados específicos de Epidemiología, Fisiopatología, Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de la infección por Clostridium Difficile (ICD).

La ICD es una enfermedad cuya incidencia y prevalencia está aumentando de manera exponencial a nivel mundial y existe mucha información científica publicada en los últimos años. El objetivo del consenso es de producir un documento con información de una forma clara y compacta, que esté adecuada a la práctica médica que se realiza en México, y que sea accesible y de utilidad en la práctica clínica, tanto para los médicos de primer contacto como para los especialistas.

Los enunciados describen aspectos epidemiológicos de la ICD, el espectro de la enfermedad, los riesgos para contraerla y para desarrollar una enfermedad grave. En cuanto al diagnóstico se enfatiza en quienes debemos sospechar la presencia de la enfermedad y como debemos utilizar las pruebas diagnósticas en dos pasos, tanto para optimizar recursos como para tener una certeza diagnóstica clara. Se describen la utilidad y limitaciones de la prueba de toxinas A y B de Clostridium Difficile por ELISA, la prueba de glutamato-deshidrogenasa, las pruebas de PCR, los cultivos y la colonoscopia. De acuerdo a la clasificación de severidad del cuadro clínico, así como si se trata de un cuadro primario o si se trata de una recurrencia, se describen los medicamentos de primera línea y los adyuvantes y su eficacia en cada caso, así como la utilidad y limitaciones del trasplante de materia fecal. Finalmente, se hace énfasis en la prevención de la enfermedad, principalmente en establecer un adecuado uso de antibióticos tanto dentro como fuera de los hospitales, así como del lavado de manos y el aseo de dispositivos médicos contaminados.

4. GASTRONOTICIAS:

ASOCIACION ENTRE CIRUGIA ANTIRREFLUJO LAPAROSCOPICA Y RECURRENCIA DE REFLUJO GASTROESOFAGICO.

En este artículo Los autores buscaron determinar el riesgo de recurrencia de síntomas posterior a cirugía antirreflujo y además identificar los factores de riesgo para esta recurrencia. La importancia del artículo es que se trata de un estudio de cohorte en el cual se evaluó retrospectivamente el registro nacional de salud de Suecia del primero de enero de 2005 al 31 de diciembre de 2014. Encontraron que 470 pacientes (17.7%) de 2655 operados de cirugía antirreflujo, experimentaron recurrencia. VER MAS.

El promedio de edad de los 2655 pacientes operados fue de 51 años y 1354 (51%) fueron hombres. Los autores definieron recurrencia como el uso de medicamentos antirreflujo por

al menos 6 meses o la necesidad de una cirugía antirreflujo secundaria. De los 470 paciente con ERGE recurrente, 393 (83.6%) requirieron tratamiento a largo plazo con IBP o con antagonistas H2, mientras que 77 (16.4%) fueron sometidos a una segunda cirugía antirreflujo.

Además, los autores encontraron que los pacientes de sexo femenino, aquellos mayores de 61 años y los pacientes con índice de comorbilidad de Charlson de 1 o mayor, tuvieron un mayor riesgo de recurrencia de reflujo posterior a cirugía. El volumen de cirugías antirreflujo por hospital, en contraste, no se asoció a un riesgo mayor de recurrencia.

Los autores concluyen que la cirugía antirreflujo laparoscópica esta asociada a una alta tasa de recurrencia de ERGE que requiere tratamiento, disminuyendo algunos de los beneficios de la operación.

En una editorial asociada el Dr. Stuart J. Spechler, de la Universidad de Baylor, en Dallas, Texas. comenta: “El hecho de que más del 80% de los pacientes no reinician con medicamentos antirreflujo después de cirugía sugiere que la operación provee un alivio a largo plazo de síntomas de ERGE en la mayoría de los pacientes”. También enfatiza en el hecho de que muchos pacientes toman medicamentos antirreflujo por otras causas y que esto pudo haber sobreestimado la frecuencia de recurrencia en este estudio. Concluye su comentario diciendo que: “Este estudio sugiere que la cirugía antirreflujo laparoscópica puede ser una opción atractiva para hombres jóvenes sin comorbilidades, quienes parecen tener el menor riesgo de recurrencia de ERGE, y que por otro lado requerirían décadas de tratamiento medico con IBP sin la operación”.

REFERENCIAS:

- *Maret-Ouda J, Wahlin K, El-Serag HB and Lagergren J. Association Between Laparoscopic Antireflux Surgery and Recurrence of Gastroesophageal Reflux. JAMA 2017; 318: 939-946.*
- *Spechler SJ. The Durability of Antireflux Surgery. JAMA 2017; 318: 915-917.*