

ANALES MEDICOS

Volumen
Volume 46

Número
Number 4

Octubre-Diciembre
October-December 2001

Artículo:

Tratamiento quirúrgico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico

Derechos reservados, Copyright © 2001:
Asociación Médica del American British Cowdray Hospital, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



Medigraphic.com

Tratamiento quirúrgico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico

Jorge Ortiz de la Peña Rodríguez,* Pablo Orozco Obregón,*
Mauricio de la Fuente Lira,* Jorge Goldberg Drijanski**

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el tratamiento quirúrgico laparoscópico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico, la efectividad y las complicaciones, por un mismo equipo quirúrgico. **Diseño:** Estudio retrospectivo y longitudinal. **Material y método:** Se analizaron los resultados de 129 pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico operados mediante laparoscopia entre enero de 1992 y junio del 2001. **Resultados:** Fueron operados 89 hombres y 48 mujeres, con edad media de 41.5 años. En el 100% se llevó a cabo panendoscopia, en 78% manometría y en 21% pHmetría. Se efectuaron cuatro funduplicaturas a 360° y 125 funduplicaturas posteriores a 270°. El tiempo de seguimiento fue de uno a 12 meses. Se presentaron complicaciones mayores en dos pacientes y menores en 17. El tiempo quirúrgico promedio fue de 71 minutos. Sólo hubo una conversión. El tiempo promedio de estancia hospitalaria fue de 31.30 horas. **Conclusión:** El tratamiento quirúrgico por vía laparoscópica es seguro, eficiente y ofrece resultados a largo plazo sin modificaciones en la forma de vida.

Palabras clave: Enfermedad por reflujo gastroesofágico, alteraciones de la motilidad esofágica, funduplicatura, cirugía laparoscópica.

ABSTRACT

Objective: To evaluate surgical laparoscopic treatment of gastroesophageal reflux disease, effectiveness and complications by the same surgical team. **Material and technique (method):** 129 patients with gastro esophageal reflux disease treated by laparoscopic surgery were evaluated. **Results:** 89 male patients were and 48 females, with an average age of 41.5 years. Panendoscopy was performed in all the patients, manometries in 78% and pHmetries in 21%. Four funduplications were performed at 360° and 125 were posterior funduplications at 270°. The post surgical follow-up ranged from 1 to 12 months. Major complications appeared on 2 patients and minor on 17. The average operative time was 71 min. Just one conversion was necessary. The average hospital stay was 31.30 h. **Conclusion:** The laparoscopic surgical treatment for gastroesophageal reflux disease is safe, efficient and offers good results in the longitudinal, without modifications in life style.

Key words: Gastroesophageal reflux disease, esophageal motility disorders, funduplications, laparoscopic surgery.

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) ha tenido grandes cambios, sobre todo a partir de la última década del siglo XX debido principalmente al mejor conocimiento de los mecanismos que controlan el funcionamiento del cardias, ello ha tenido como consecuencia un refinamiento en las técnicas quirúrgicas, haciendo que las intervenciones quirúrgicas

sean más efectivas y con menores efectos secundarios. El método de invasión mínima ha sido mejor aceptado tanto por los gastroenterólogos como por los pacientes mismos, de tal manera que los procedimientos antirreflujo, poco frecuentes hace 10 años, hoy en día contribuyen en forma importante en el tratamiento de la ERGE en la experiencia internacional.¹

En los Estados Unidos el 44% de la población presenta pirosis una vez al mes, el 7% la experimentan todos los días, y hasta el 20% de las esofagitis se complican con: enfermedad de Barrett (10 a 15%), estenosis (4 a 20%), úlcera esofágica (2 a 7%) y hemorragia (2%).²

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un análisis retrospectivo y longitudinal en 129 pacientes operados entre enero de 1992 y julio del 2001. Se llevaron a cabo 129 cirugías por vía laparoscó-

* Departamento de Cirugía, Centro Médico ABC.

** Departamento de Medicina Interna, Centro Médico ABC.

Recibido para publicación: 08/10/00. Aceptado para publicación: 14/11/00.

Dirección para correspondencia: Dr. Jorge Ortiz de la Peña R
Sur 136 esq. Observatorio, Torre Donald Mackenzie, Suite 501
Col. Américas, 01120 México, D.F.
Tel/Fax: 52-72-22-57. E-mail: jop56462@mail.internet.com.mx

pica como tratamiento de la ERGE. Los pacientes fueron incluidos en forma consecutiva y evaluados en forma retrospectiva y longitudinal.

Las indicaciones para cirugía fueron: a) Mala o no respuesta al tratamiento médico. b) Persistencia de síntomas. c) Mala calidad de vida. d) Complicaciones como: Úlcera esofágica, estenosis esofágica, esófago de Barret, y aspiraciones de repetición.

En el total de los pacientes se practicó preoperatoriamente endoscopia del tracto superior; en 78% se llevaron a cabo manometrías esofágicas; en aquéllos en los cuales los resultados manométricos fueron normales, pero que presentaron datos clínicos y endoscópicos de reflujo, se les realizó además pHmetrías, siendo sólo realizadas en el 21% del total de los casos.

Dos técnicas laparoscópicas para funduplicatura fueron realizadas. Tanto técnica de 360° tipo Nissen (en cuatro sujetos), como técnica de 270° tipo Toupet (en 125 pacientes). Ambas técnicas se realizaron con cinco puertos laparoscópicos de 11 mm cada uno, se utilizó sutura no absorbible, monofilamento de polipropileno 2-0 (Novafil). La funduplicatura se fijó al pilar derecho del diafragma en el 100% de los pacientes, con dos puntos separados de la misma sutura; sólo en 43 (33.33%) pacientes fue necesario afrontar los pilares diafragmáticos. En 12 (9.30%) sujetos fue necesario cortar y ligar vasos cortos. La longitud de la funduplicatura fue, en promedio, aproximadamente de 3 cm en la región posterior. Al final del procedimiento se llevó a cabo calibración de la funduplicación con sonda de Hurst número 58, por vía orogástrica.

RESULTADOS

Ciento veintinueve pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente, 81 (62.8%) hombres y 48 (37.2%) mujeres. La edad varió de 28 a 57 años (media de 41.5 años).

En el 100% de los casos se practicó endoscopia del tracto superior, en 78% se llevaron a cabo manometrías

y sólo en el 21% pHmetrías. Los procedimientos fueron: cuatro funduplicaturas tipo Nissen (3.08%) y 125 (96.92%) funduplicaturas posteriores a 270° tipo Toupet. El tiempo quirúrgico fue de 48 a 180 minutos (promedio de 71 minutos).

Las complicaciones mayores que se presentaron fueron: un caso (0.77%) de neumotórax y otro (0.77%) con hernia incisional.

Las complicaciones menores registradas fueron: seroma de herida quirúrgica en siete pacientes (5.39%), infección de una de las heridas en cinco individuos (3.85%), hematoma de herida quirúrgica en cuatro casos (3.08%), sangrado de pared (vasos epigástricos) en dos sujetos (1.54%), sangrado de vasos cortos (100 mL aproximadamente) en dos enfermos (1.54%) y hematoma gigante de pared en un paciente (0.77%) que requirió de transfusión de dos paquetes globulares.

El tiempo de estancia hospitalaria osciló entre 24 y 48 horas (media de 31.30 horas). La mortalidad fue del 0%.

Los síntomas frecuentes posteriores a la funduplicatura (disfagia, persistencia de reflujo gastroesofágico, dolor retroesternal, flatulencia y otros) fueron evaluados a los tres y 12 meses. El *cuadro I* muestra la incidencia de estos síntomas.

Se realizó cirugía múltiple en seis pacientes: dos con cardiomiectomía por acalasia, otros dos con colecistectomía por litiasis y los dos restantes con vagotomía y piloroplastia.

Sólo se realizó una conversión y se debió a dificultad técnica en un paciente con acalasia.

En cuatro pacientes se llevaron a cabo dilataciones esofágicas por disfagia: en un sujeto se realizó una dilatación, en dos enfermos tres dilataciones (en tres meses) y en el restante cuatro dilataciones (en tres meses).

Se registró recurrencia de síntomas en dos casos; en uno de ellos con manometría y endoscopia a los tres meses de características normales, y en el otro con manometría que reveló una presión del esfínter esofágico inferior de 6.3 mm Hg (recidiva).

Cuadro I. Síntomas frecuentes posfunduplicación a los tres y 12 meses de seguimiento.

	1 a 3 meses		12 meses	
	n	%	n	%
Disfagia	24	18.60	2	1.54
Dolor retroesternal	3	2.31	1	0.77
Flatulencia	72	55.81	12	9.30
Plenitud posprandial	50	38.75	2	1.54
Imposibilidad para eructar	0	0.00	0	0.00

DISCUSIÓN

Solía decirse que el tratamiento quirúrgico se reservaba para aquellos pacientes que no respondían a la terapéutica médica y para quienes habían presentado complicaciones. Hoy por hoy ya no sucede así,⁷ por una parte el tratamiento médico es tan eficaz que alivia los síntomas en la mayoría de los pacientes que presentan reflujo, y también se ha demostrado que los síntomas respiratorios y la mayoría de las manifestaciones extraesofágicas responden en forma adecuada al tratamiento médico.³⁻⁵ Sin embargo, para el alivio de dichos síntomas a largo plazo en aquellos que presentan una ERGE moderada a severa deben de recibir medicamentos de una clase u otra durante toda su vida, ya que la terapéutica médica sólo es eficaz en enfermos con ERGE leve, aunado a cambios significativos en el estilo de vida como lo son: elevación de la cabecera de la cama, perder peso, abstenerse de comer alimentos que estimulen la secreción de ácido, que deterioren el vaciamiento gástrico o la función del esfínter esofágico inferior, mantener ayuno de una a tres horas antes de acostarse, sin olvidar que deben ser metódicos y disciplinados en cuanto a sus medicamentos, etcétera.⁶ En contraste, el tratamiento quirúrgico ofrece un alivio completo y de larga duración para restablecer la competencia del cardias.

Actualmente, el médico debe de considerar el tratamiento quirúrgico no como un método de último recurso para tratar las fallas del tratamiento médico o de las complicaciones de la enfermedad, sino como una alternativa muy efectiva en el tratamiento de la enfermedad moderada y/o grave. De hecho, se ha mencionado en múltiples ocasiones que debe considerarse el tratamiento quirúrgico en aquellos pacientes que responden a la terapéutica médica y que tienen recurrencias frecuentes de su enfermedad, así como cuando se trata de jóvenes que requieren farmacoterapia por tiempo indefinido.^{8,9}

El advenimiento de las técnicas de invasión mínima en la última década del siglo XX, así como el desarrollo de mayor poder de definición de los monitores de alta resolución que nos permiten una disección precisa y segura de estructuras vitales como son el esófago, nervios vagos, vasos cortos, pilares diafragmáticos, mediastino posterior y bazo entre otras, han hecho que el tratamiento quirúrgico sea una alternativa que debe tenerse en mente cuando se trata de pacientes con ERGE, ya que es

la única forma de tratamiento que restablece la competencia gastroesofágica en forma más o menos permanente con muy poca necesidad de cambiar un estilo de vida.

CONCLUSIONES

Los resultados del presente estudio realizado por un mismo equipo quirúrgico muestran que el procedimiento quirúrgico por vía laparoscópica para la ERGE es un tratamiento seguro y efectivo que ofrece un muy alto índice de curación con pocas complicaciones y con todos los beneficios de la cirugía de invasión mínima.

En nuestra opinión y según los resultados obtenidos de nuestra casuística pensamos que la funduplicatura de 270° ofrece menos complicaciones y síntomas inmediatos, como son la disfagia y la mayor facilidad para eructar por parte del paciente por lo tanto menor probabilidad de distensión gástrica aguda posprandial.¹⁰

La funduplicatura de 270° no ha mostrado hasta la fecha diferencias estadísticas significativas en cuanto a resultados antirreflujo contra la funduplicatura de 360°, pero sí existe diferencia en cuanto a los síntomas y complicaciones posquirúrgicas de ambas.¹⁰

BIBLIOGRAFÍA

1. Morgans, Pellegrini CA. Tratamiento quirúrgico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Clin Quir North Am* 1997; 5: 1045-1062.
2. Gallup Org Inc 1998.
3. Hanson DG, Kamel OL, Kahrilas PJ. Outcomes of antireflux therapy for the treatment of chronic laryngitis. *An Otol Rhinol Laringol* 1995; 104: 550-555.
4. Harding SM, Richter JE, Guzzo MR et al. Omeprazole to treat asthma. *Am J Med* 1996; 100: 395-504.
5. Pope CE. Current concepts acid reflux disorders. *N Eng J Med* 1994; 331: 656-660.
6. Rojas O, Romero R, Farrera J et al. Tratamiento laparoscópico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico, experiencia en 79 pacientes. *Cir Gen* 1998; 20: 232-234.
7. Patí MG, Pellegrini CA. Endoscopic surgical treatment of primary. Esophageal motility disorders. *J Con Surg Edinb* 1996; 41: 137-142.
8. Spechler SJ. Comparison of medical and surgical therapy for complicated gastroesophageal reflux disease in veterans. *N Engl J Med* 1992; 326: 786-792.
9. Laine S, Rantala A, Gullichsen R et al. Laparoscopic vs conventional Nissen fundoplication. A prospective randomized study. *Surg Endosc* 1996; 11: 137-142.
10. Little AG. Mechanism of action of antireflux surgery: Theory and facts. *World Journals of Surgery* 1992; 16: 320-325.