

Actualidades sobre reflujo gastroesofágico

Dr. Fernando Quijano Orvañanos, FACS, SSAT

Tratamiento quirúrgico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en pacientes con obesidad mórbida

El aumento del porcentaje de individuos obesos en las últimas décadas ha sido alarmante, la prevalencia de obesidad definida como IMC > 30 se ha incrementado del 13% en 1960 al 32% en 2004.¹ Aún más, 3% de los hombres y 7% de las mujeres americanas se clasificaron como obesidad mórbida IMC > 40 en el 2006.² En México la prevalencia de obesidad infantil es la mayor del mundo y se calcula que más del 50% de la población adulta tiene sobrepeso.

La enfermedad por reflujo gastroesofágico es más prevalente en pacientes con sobrepeso,^{3,4} la exposición ácida en el esófago aumenta en forma proporcional al índice de masa corporal, en contraste, de acuerdo a DeMeester el porcentaje de pacientes con EEI deficiente aumenta también con el aumento de peso, pero en otra serie grande de pacientes con ERGE, la presión del EEI fue mayor en pacientes obesos y 62% de los obesos mórbidos tenían esfínter normal (39%) o hipertenso (23%), a pesar que en ellos el índice de reflujo fue mayor. Esto sugiere que el mecanismo de reflujo es otro y que el aumento de presión del EEI puede ser compensatorio en enfermos obesos,^{4,5} este hallazgo puede tener implicaciones terapéuticas en el tratamiento quirúrgico del reflujo, ya que la cirugía antirreflujo busca normalizar la función del EEI deficiente. En otro estudio, la obesidad como tal no se pudo relacionar como factor de riesgo para esófago de Barrett.⁶ Dos meta-análisis correlacionaron positivamente la ERGE y el IMC.^{7,8} La ERGE se reconoce ahora como una de las comorbilidades de la obesidad.

Actualmente existe controversia en cuanto al resultado de la cirugía antirreflujo en pacientes con obesidad mórbida, Rattner y cols. encontraron recidiva sintomática en 31.3% de pacientes obesos vs 4.5% en pacientes con peso normal.⁹ Hunter y cols. también notaron resultados adversos en pacientes con obesidad severa.¹⁰ En contraste otros autores han encontrado resultados equivalentes al comparar pacientes obesos y normales, éstos sin embargo con seguimiento a corto o mediano plazo.¹¹

El bypass gástrico en Y de Roux (BGR) ha mostrado que elimina los síntomas asociados a reflujo gastroesofágico en pacientes con obesidad mórbida, aún más, en pacientes con reflujo recidivante después de una fundoplastia de Nissen, la conversión a bypass gástrico no solamente resuelve el problema del reflujo sino que tiene las ventajas adicionales del tratamiento de la obesidad mórbida y sus comorbilidades.^{12,13} Zainabadi y cols presentaron 7 pacientes a los que convirtieron a Bypass, con lo que mejoró su calidad de vida y disminuyó el reflujo de manera significativa (16.7 a 4.4). Madalosso y cols estudiaron el impacto del BGR, en el reflujo de enfermos con obesidad mórbida, encontraron mejoría sintomática y de exposición al ácido determinado por pHmetría.¹⁴

No todas las técnicas quirúrgicas para obesidad mórbida reducen la ERGE. Rebeci y cols. reportaron aumento del reflujo a corto plazo después de banda gástrica (BG) o gastroplastía vertical en banda (GVB), a 12 meses encontraron que en 26 y 21% pacientes con BG GVB desarrollaron ERGE.¹⁵ Otros autores han encontrado que este efecto ocurre especialmente en pacientes con hernia hiatal a los que se ha sometido a BG, y reportan mejoría del reflujo debida quizá a la baja de peso y a la reconstitución del ángulo de His.

En conclusión, cuando existe indicación quirúrgica por ERGE en pacientes con obesidad mórbida, debe considerarse el BGR en lugar de la funduplicatura, en primer lugar los resultados de la cirugía antirreflujo en obesos mórbidos son significativamente más malos que en pacientes sin obesidad, y en segundo lugar el BGR no solamente mejora sustancialmente la ERGE, sino que también mejora los problemas y comorbilidades asociados a la obesidad per se. En este caso el cirujano tiene la oportunidad de mejorar la calidad de vida del paciente tanto por la resolución de la obesidad como por la mejoría de la ERGE.¹⁶

Enfermedad por reflujo gastroesofágico y trasplante pulmonar

El trasplante pulmonar se ha establecido como una terapia para enfermedad pulmonar terminal, actualmente la sobrevida a un año es mayor al 80%, sin embargo la sobrevida del pulmón trasplantado es menor a la de otros trasplantes de órganos sólidos. La causa más

Miembro de la Sociedad del Tracto Alimentario.
Departamento de Cirugía. Clínica Lomas Altas y Hospital ABC, México, D.F.
E-mail: fequor@gmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en: <http://www.medigraphic.com/cirujanogeneral>

frecuente de rechazo crónico del pulmón trasplantado es la bronquiolitis obliterante (BO) que típicamente se presenta entre 6 meses y dos años postrasplante, afecta a por lo menos la mitad de los pacientes a los 5 años y es responsable del 30% de las muertes después del 3er año postrasplante.¹⁷

La broncoaspiración crónica secundaria a ERGE puede contribuir al desarrollo de la BO. Se calcula que hasta 75% de los pacientes trasplantados tienen reflujo patológico registrado con pHmetría.¹⁸ La ERGE de estos pacientes es potencialmente tratable con una fundoplicatura, con lo que se elimina este factor de riesgo y se puede mejorar la función pulmonar y la sobrevida.¹⁹ Investigadores de la universidad de Duke, mostraron que un grupo de pacientes con reflujo que fueron sometidos a fundoplastia dentro de los primeros 90 días postrasplante tuvieron menor incidencia de BO comparado con otro grupo de pacientes con reflujo que fueron sometidos a fundoplicatura en forma tardía (16 vs 48%) al año postrasplante.²⁰ Shah, en la universidad de Emory comparó 60 pacientes con trasplante pulmonar, 33 con y 27 sin ERGE. Observaron 51 episodios de rechazo agudo, 39 en pacientes con ERGE vs 12 en pacientes sin ERGE. 36.4% de los pacientes con ERGE tuvieron más de un episodio de rechazo, ninguno de los pacientes sin ERGE tuvieron más de un episodio de rechazo. A pesar de algunas limitantes en el diseño del estudio, se sugiere que el reflujo es responsable de una proporción importante de rechazos agudos.²¹

Conclusión

La ERGE es causa de rechazo agudo y crónico en pacientes sometidos a trasplante pulmonar, la fundoplicatura posiblemente pueda evitar la broncoaspiración que conduce al rechazo y debe estudiarse más a fondo en estudios prospectivos.

Referencias

1. Flegal KM, Carroll MD, Orden CL, Johnson CL. Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2000. *JAMA* 2002; 288: 1723-1727.
2. Ogden CL, Carroll MD et al. Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999-2004. *JAMA* 2006; 295: 1549-1555.
3. El Serag HB, Graham DY, Satia JA et al. Obesity increases esophageal acid exposure. *Gut* 2007; 56: 749-755.
4. Shahin A, Hagen JA, Chan LS, De Meester SR et al. Obesity and gastroesophageal reflux: quantifying the association between body mass index, esophageal acid exposure and lower esophageal sphincter status in a large series of patients with reflux symptoms. *J Gastrointest Surg* 2009; 13: 1440-1447.
5. Herbella FA, Sweet MP, Tedesco P et al. Gastroesophageal reflux disease and obesity. pathophysiology and implications for treatment. *J Gastrointest Surg* 2007; 11: 286-290.
6. Gerson LB, Ullah N, Fass R et al. Does body mass index differ between patients with Barrett's oesophagus and patients with chronic gastro-oesophageal reflux disease? *Alimen Pharmacol Ther* 2007; 25: 1079-1086.
7. Corley DA, Kubo A. Body mass index and gastroesophageal reflux disease: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2006; 101: 2619-28.
8. Hampel H, Abraham NS, El-Serag HB. Meta-Analysis: Obesity and the risk for gastroesophageal reflux disease and its complications. *Ann Intern Med* 2005; 143: 199-211.
9. Perez AR, Moncure AC, Rattner DW. Obesity adversely affects the outcome of antireflux operations. *Surg Endosc* 2001; 15: 986-989.
10. Morgenthal CB, Lin E, Hunter JG et al. Who will fail laparoscopic Nissen fundoplication? Preoperative prediction of long term outcome. *Surg Endosc* 2007; 21: 1978-1984.
11. D'Alessio MJ, Arnaoutakis D, Giarelli RN et al. Obesity is not a contraindication to laparoscopic Nissen fundoplication. *J Gastrointest Surg* 2005; 9: 949-954.
12. Varela JE, Hinojosa MW, Nguyen NT. Laparoscopic fundoplication compared with laparoscopic gastric bypass in morbidly obese patients with gastroesophageal reflux disease. *Surg Obes Relat Dis* 2009; 5: 139-143.
13. Zainabadi K, Courcoulas AP, Awais O, Raftopoulos I. Laparoscopic revision of Nissen fundoplication to Roux-en-Y gastric bypass in morbidly obese patients. *Surg Endosc* 2008; 22: 2737-40.
14. Madalosso CA, Gurski RR, Callegari-Jacques SM et al. The impact of gastric bypass on gastroesophageal reflux disease in patients with morbid obesity. *Ann Surg* 2010; 251: 244-247.
15. Rebecchi F, Rocchietto S, Giaccone C, Talha A, Morino M. Gastroesophageal reflux disease and esophageal motility in morbidly obese patients submitted to laparoscopic adjustable silicone gastric banding or laparoscopic vertical banded gastroplasty. *Surg Endosc* 2010 Jul 30 Epub ahead of print.
16. Prachand VN, Alverdy JC. Gastroesophageal reflux disease and severe obesity: Fundoplication or bariatric surgery? *World J Gastroenterol* 2010; 16: 3757-3761.
17. Belperio JA, Weigt SS, Fishbein MC, Lynch JP, 3rd. Chronic lung allograft rejection: mechanisms and therapy. *Proc Am Thorac Soc* 2009; 6: 108-21.
18. D'Ovidio F, Keshavjee S. Gastroesophageal reflux and lung transplantation. *Dis Esophagus* 2006; 19: 315-20.
19. Hartwig MG, Appel JZ, Davis RD. Antireflux surgery in the setting of lung transplantation: strategies for treating gastroesophageal reflux disease in a high-risk population. *Thorac Surg Clin* 2005; 15: 417-427.
20. Balsara KR, Cantu E, Bush EL et al. Early fundoplication reduces the incidence of chronic allograft dysfunction in patients with gastroesophageal reflux disease. *J Heart Lung Transpl* 2008; 27: S125.
21. Shah NS, Force SD, Mitchell PO et al. Gastroesophageal reflux disease is associated with an increased rate of acute rejection in lung transplant allografts transplantation proceedings 2010; 42: 2702-2706.