

## Reflujo recurrente

Jorge Cervantes Cruz, FACS

Un escenario común es el que se presenta todos los días ante un paciente con enfermedad por reflujo, es aquí donde se inicia la discusión del presente tema, cuántos de los pacientes que se tratan por reflujo gastroesofágico realmente requieren de tratamiento médico, a cuántos se debe optimizar su manejo y cuántos directamente son quirúrgicos. La primera pregunta es si los síntomas que el paciente presenta son realmente secundarios a la enfermedad por reflujo. Endoscópicamente, solamente el 30% de los pacientes con síntomas de esofagitis presentan lesiones demostrables; mientras que el 70% restante de los pacientes que tienen síntomas de reflujo no tiene lesión endoscópica visible, esto es conocido como una subcategoría de la enfermedad por reflujo llamada enfermedad por reflujo no erosiva (NERD).

Está demostrado que más del 40% de la población en los Estados Unidos de América reporta síntomas relacionados con reflujo por lo menos una vez al mes, y un 20% lo hace una vez a la semana. La relación que guarda esta estadística es para entender que un alto porcentaje de la población que no manifiesta enfermedad está sujeto por los hábitos alimenticios a sufrir reflujo fisiológico (hasta 14% del día), y que un porcentaje de éstos evolucionará a enfermedad erosiva, siempre y cuando las alteraciones anatomofisiológicas cambien. Algunos de los factores que determinan directamente esta proporción son el índice de masa corporal y la exposición ácida en el esófago de personas con enfermedad por reflujo gastroesofágico típica, ya que la población que presenta índice de masa corporal por arriba de 23 tiene mayor grado de acidez en la parte distal del esófago y, por ende, manifestaciones extraesofágicas, de las cuales la más común es la tos, cercana al 40%, dolor torácico en 30%, disfonía 22% y otras menores como asma y escurrimiento nasal.

Se han postulado diferentes factores en la fisiopatología de la enfermedad por reflujo no erosiva, algunos de éstos ya aceptados y bien establecidos, como la hipersensibilidad visceral; las diferentes alteraciones fisiológicas del esófago, como aperistalsis esofágica y/o aclaración esofágica; también se ha detectado un factor de crecimiento epidérmico en la saliva de los enfermos, el cual aumenta de manera importante e indica el papel protector contra el daño tisular; otro aspecto fisiológico está relacionado con los receptores cannabinoides que se encuentran ubicados en áreas específicas cerebrales y que ejercen la activación de relajaciones transitorias del esfínter esofágico inferior, este efecto se observa cuando

el tetrahidrocannabinol inhibe el número de relajaciones del esfínter, secundarias a la ingestión de alimentos. La evaluación de la presencia de estos receptores en el tejido esofágico de pacientes con lesión endoscópica es menor que en los pacientes que no presentan daño alguno epitelial, por lo que se considera una parte importante en la defensa del epitelio esofágico.

El diagnóstico de la enfermedad por reflujo no erosiva se basa en la ausencia de lesiones detectadas en la endoscopia convencional, las manifestaciones clínicas principales de estos pacientes son pirosis y dolor torácico de origen no cardíaco; se han utilizado diferentes métodos para intentar demostrar lesiones en el epitelio, como la endomicroscopia confocal; sin embargo, se hace énfasis en no emplear de manera excesiva los hallazgos detectados por las novedosas técnicas de endoscopia, debido al riesgo de sobrediagnosticar la verdadera enfermedad por reflujo y someter al paciente a una intervención quirúrgica que no quitaría los síntomas de la enfermedad. Para valorar de manera exacta la presencia o no de reflujo, se realiza la medición del pH y la utilidad, en últimos estudios, de la impedancia eléctrica intraluminal con pH, esto para demostrar la utilidad a favor del diagnóstico correcto del reflujo ácido y no ácido en la producción de los síntomas. Los resultados de diversos trabajos indican que la exposición ácida esofágica es infrecuente cuando se presentan síntomas extraesofágicos y que la impedancia eléctrica intraluminal incrementa la probabilidad del diagnóstico en cerca del 35%. El reflujo no ácido puede ser importante en la producción de los síntomas extraesofágicos.

El manejo médico inicial del reflujo gastroesofágico permite definir un tratamiento más específico para los pacientes con enfermedad erosiva, enfermedad no erosiva y manifestaciones extraesofágicas o atípicas, en los cuales, definitivamente, el manejo inicial son los inhibidores de bomba de protones (IBP). La enfermedad por reflujo refractaria al tratamiento es cercana al 40%. Esta falla se debe a síntomas atípicos, gravedad de la enfermedad o presencia de *Helicobacter Pylori*, así como al apego al tratamiento médico y dietético. El rebote de la hipersecreción ácida se presenta por efectos tróficos de la hipergastrinemia inducida sobre la mucosa oxíntica y ésta generalmente se presenta entre los siete y 10 días posteriores a la suspensión de los IBP.

El tratamiento óptimo de la enfermedad por reflujo se ha dividido en categoría médica y quirúrgica, ya demost-

da la superioridad del segundo sobre el primero, siempre que se encuentre un buen diagnóstico sustentado en los diferentes estudios existentes. Sin embargo, existe un riesgo de fracaso que algunos autores reportan, de alrededor del 7% en pacientes postoperados de funduplicatura laparoscópica, la gran mayoría de estos fracasos ocurren durante la curva de aprendizaje del cirujano. Los IBP han demostrado superioridad médica contra todos los demás intentos de medicación antiácida; diferentes estudios postulan la dosis y tiempo para remisión de síntomas, siempre que estos síntomas sean derivados de lesiones esofágicas encontradas durante la exploración endoscópica. Esta regla no deberá olvidarse para la optimización del tratamiento: "estar seguros de tratar síntomas de reflujo en pacientes que realmente tienen reflujo gastroesofágico".

Pero ¿qué sucede con los pacientes que realmente tienen reflujo gastroesofágico recurrente, han sido operados laparoscópicamente de funduplicatura y no evolucionan adecuadamente?. Hay que tener presente la posibilidad de una deficiencia en la técnica quirúrgica, seguramente secundaria a la inexperiencia del cirujano.

Generalmente, las fallas anatómicas están asociadas a técnicas quirúrgicas deficientes, hernias hiales gigantes, vómito en el postoperatorio inmediato, los cuales se deberían prevenir de diferentes maneras, como podrían ser: movilización completa del esófago, funduplicatura no muy apretada y un cierre metucioso de la crura posterior diafragmática.

Así mismo, nunca hay que olvidarse de las indicaciones quirúrgicas de la enfermedad por reflujo gastroesofágico, pero sobre todo siempre hay que tener presente quiénes son los pacientes que tienen mayor probabilidad de fracasar con este tipo de tratamiento: aquéllos con obesidad mórbida, síntomas atípicos o que no responden a la administración de medicamentos, así como pacientes femeninas con diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico no erosivo, ya que se ha comprobado que cerca de hasta un tercio de este tipo de pacientes debe de continuar con tratamiento médico y, por consiguiente, se ha llegado a la conclusión de que la cirugía no ofrece ventajas en cuanto a la efectividad, costos y riesgos de complicaciones en este grupo de pacientes.

Es por ello que la clave del éxito del tratamiento quirúrgico de enfermedad por reflujo gastroesofágico es y seguirá siendo el exhaustivo análisis de los estudios preoperatorios y de la selección cuidadosa de los pacientes para la cirugía, todo ello más la técnica quirúrgica adecuada.

Hoy en día el tratamiento de elección para el enfermedad por reflujo gastroesofágico es la funduplicatura laparoscópica; sin embargo, esta técnica es inherente de complicaciones (perforación gástrica, esofágica, pleural, sangrado, etc.), y es el momento de tomar una decisión certera de convertir que puede cambiar el rumbo de la evolución postoperatoria del paciente.

En los inicios de la técnica laparoscópica existían más conversiones secundarias a la falta de experiencia;

se considera un cirujano con experiencia cuando por lo menos ha realizado más de 20 procedimientos de funduplicatura laparoscópica.

Actualmente, la primera causa de conversión de una funduplicatura laparoscópica sigue siendo la misma que en los inicios de la técnica: dificultad en la disección por exceso de grasa. Ésta es seguida por hemorragia, hernia hiatal no reducible, presencia de adherencias, imposibilidad del cierre de pilares; habiendo desplazado dentro de las primeras causas a las perforaciones esofágicas y gástricas.

El porcentaje de conversiones en cirugías de enfermedad por reflujo gastroesofágico es de menos del 10%.

## Referencias

1. Islam M, Goutte M, Slaughter JC, et al. BMI and esophageal acid exposure in extraesophageal GERD: A non-linear relationship. *Gastroenterology* 2010; 138: S641-2.
2. Vakil N, Van Zanten SV, Kahrilas P, et al. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *Am J Gastroenterol* 2006; 101: 1900-20.
3. Castell DO, Kahrilas PJ, Richter JE, Vakil NM, Johnson DA, Zuckerman S, et al. Esomeprazole (40 mg) compared with lansoprazole (30 mg) in the treatment of erosive esophagitis. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 575-583.
4. Charbel S, Khandwala F, Vaezi MF. The role of esophageal pH monitoring in symptomatic patients on PPI therapy. *Am J Gastroenterol* 2005; 100: 283-289.
5. Shay SS, Tutuian R, Sifrim D, et al. Twenty-four hour impedance and pH monitoring (24-hr Imp-pH) in the evaluation of GERD patients with persistent symptoms despite bid proton pump inhibitors (PPI): A Multicenter Study (abstract). *Gastroenterology* 2004; 126: A324.
6. Fass R, Fennerty MB, Vakil N. Nonerosive reflux disease-current concepts and dilemmas. *Am J Gastroenterol* 2001; 96: 303-314.
7. Fass R, Sifrim D. Management of heartburn not responding to proton pump inhibitors. *Gut* 2009; 58: 295-309.
8. Fass R. Proton pump inhibitor failure -What are the therapeutic options? *Am J Gastroenterol* 2009; 104: S33-S38.
9. Fenton P, Terry ML, Galloway KD, et al. Is there a role for laparoscopic fundoplication in patients with non-erosive reflux disease (NERD)? [Abstract]. *Gastroenterology* 2000; 118: A481.
10. Mainie I, Tutuian R, Shay S, et al. Acid and non-acid reflux in patients with persistent symptoms despite acid suppressive therapy: a multicentre study using combined ambulatory impedance-pH monitoring. *Gut* 2006; 55: 1398-1402.
11. Juul-Hansen P, Rydning A. On-demand requirements in patient with endoscopy-negative GERD: H2-blocker versus PPI. *Aliment Pharmacol Ther* 2009; 29: 207-212.
12. Soper NJ, Dunnegan D. Anatomic fundoplication failure after laparoscopic antireflux surgery. *Ann Surg* 1999; 229: 669-677.
13. Braghetto I. Indications of antireflux surgery. A clinical experience and review of the literature. *Rev Med Chile* 2010; 138: 605-611.
14. Priego P, Lobo E. Causas de conversión en la cirugía laparoscópica de la enfermedad por reflujo gastroesofágico: análisis de nuestra experiencia. *Rev Esp Enferm Dig (Madrid)* 2008; 100: 263-267.