



## Evolución histórica en el tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico

Jorge Ortiz de la Peña R\*

### Resumen

La evolución que durante varios siglos ha experimentado el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico es muy enriquecedora. Ya desde el siglo XVI Ambroise Paré hizo unas descripciones de las hernias diafragmáticas, congénitas y traumáticas, y en las centurias subsecuentes Riverius Lazari, Giovanni Batista Morgani, Angelo Soresi, Richard Sweet y Vincent Bochdalek, entre muchos otros, abordaron estas entidades, estableciendo una sólida base de conocimientos para el médico actual. Sin embargo, es hasta el siglo XX cuando se realizan los grandes avances en cuanto al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades por reflujo gastrointestinal, gracias a la incorporación de los rayos X, las tomografías computarizadas, las técnicas por abordaje torácico, la manometría, el fibroscopio óptico, la laparoscopia y otros sistemas de asistencia quirúrgica. Merece resaltar el papel desempeñado por Rudolph Nissen y Ronald Belsey en la década de los 50 al incorporar las técnicas de gastroplicatura y funduplicatura en el tratamiento por enfermedad de reflujo gastroesofágico. En las décadas subsecuentes, alumnos de Nissen, como Mario Rossetti, perfeccionaron la técnica. Paralelamente a los avances en el área quirúrgica, los adelantos en la farmacología han aportado grandes avances para el tratamiento médico de la ERGE, como son los bloqueadores H<sub>2</sub> de los inhibidores de bomba en los procinéticos. De igual forma, las químicas de mínima invasión han otorgado al paciente muchas mayores posibilidades para evitar la morbilidad.

**Palabras clave:** Enfermedad por reflujo.

### Abstract

*The evolution that during various centuries has experienced the diagnosis and treatment of the illness by reflux gastroesofágico is very enriquecedora. Already since the century XVI Ambroise Paré did a descriptions of the hernias diafragmáticas, congenital and traumatic, and in the subsequent centuries Riverius Lazari, Giovanni Batista Morgani, Angelo Soresi, Richard Sweet and Vincent Bochdalek, among many others, they undertook these companies, establishing a solid base of know-how for the current doctor. Nevertheless, it is to the 20th century when the large advances as for the diagnosis they are carried out and treatment of the illnesses by gastrointestinal reflux, thanks to the incorporation of the X-rays, the computerized tomographies, the techniques by thoracic approach, the manometría, the fibroscopio optic, the laparoscopia and other systems of surgical assistance. It deserves to stand out the role performed by Rudolph Nissen and Ronald Belsey in the decade from the 50 to the incorpor the techniques of gastroplicatura and funduplicatura in the processing by illness of reflux gastroesofágico. In the subsequent decades, students of Nissen, like Mario Rossetti, perfeccionron the technique. In parallel to the advances in the surgical area, the advancements in the farmacología have contributed large advances for the medical processing of the ERGE, as are the blockers H<sub>2</sub> of the inhibiting of bomb in the procinéticos. Of equal form, the chemistry of minimum invasion have offered the patient many greater possibilities to avoid the morbilidad.*

**Key words:** Gastroesophageal reflux.

A pesar de que las hernias diafragmáticas, congénitas y traumáticas se describieron en el siglo XVI, Ambroise Paré (1579) y Riverius Lazari (1689), Giovanni Battista Morgani (1771), Vincent Bochdalek (1948), y una gran cantidad de distinguidos médicos cirujanos se unen a la lista de grandes pioneros en la historia de las descripciones de este tipo de hernias, no es sino hasta la era de los rayos X en que la hernia adquirida a través del hiato diafragmático fue descrita como tal.

Sin embargo, los grandes avances se realizaron en el siglo XX donde por primera vez Albert Moser<sup>1</sup> un estudiante de segundo año presenta un trabajo ante la Sociedad Americana de Fisiología sobre la anatomía y fisiología del cardias

\* Presidente del Colegio Americano de Cirugía Endoscópica.

#### Correspondencia:

Jorge Ortiz de la Peña R

Centro Médico ABC

Sur 136 Núm. 116, Consultorio 512, Col. Las Américas,

Delegación Álvaro Obregón, 01120, México, D.F.

Tel: 5272 2222 Móvil: 55 5105 4625

E-mail: jop@cablevision.net.mx

basado en estudios contrastados de rayos X. Eppinger<sup>2</sup> hace el diagnóstico de hernia hiatal en un paciente vivo 4 años después, basado y diagnosticado en estudios contrastados de rayos X.

No fue sino hasta 1926 que Ake Akerlund<sup>3</sup> reportó en Estocolmo, Suecia, 30 casos proponiéndose el término de hernia hiatal clasificada en 3 tipos:

- a. Hernia hiatal con esófago corto congénito (toma o torácico).
- b. Hernia paraesofágica.
- c. Hernias no incluidas en a y b.

Él fue el primero en describir que pacientes con hernia hiatal presentaban dolor inmediatamente después de los alimentos frecuentemente asociado con pirosis y algunas manifestaciones de disfagia.

En 1919 Angelo Soresi<sup>4</sup> publicó el primer artículo que describiría un tratamiento en la reparación de la hernia hiatal titulado: Hernia diafragmática su frecuencia insospechada, su diagnóstico, y la técnica para su cura radical, describiendo detalles en el abordaje original del hiato por vía abdominal (reducción de la hernia y cierre de los pilares diafragmáticos).

Stuart Harrington (1928)<sup>5</sup> de la Clínica Mayo reportó cero mortalidad, entre 12.5% de recurrencia.

Richard Sweet,<sup>6</sup> en 1950, del Hospital General de Massachusetts publicó la técnica de abordaje torácico, siendo esta técnica la predecesora de las actuales técnicas de abordaje por vía torácica.

No es sino hasta la segunda mitad del siglo XX que se cambió la percepción de la hernia hiatal por deslizamiento de un mecanismo anatómico a una posición de desorden fisiológico funcional y se estableció que la esofagitis por reflujo y sus complicaciones eran consecuencias fisiológicas de anomalías anatómicas. Philip Allison y Norman Barret<sup>7</sup> clasificaron el primero en dos tipos de hernias, proponían el tratamiento de las hernias por deslizamiento por dos razones:

- A) Porque la sintomatología era incapacitante.
- B) La cronicidad llevaba ulceraciones y fibrosis con la consecuente estenosis esofágica.

Barret<sup>8</sup> se enfocaba más a la reducción de la hernia hiatal y el cierre de pilares diafragmáticos y, mucho antes del fibroscopio óptico (endoscópico) postuló la presencia de cambios en la mucosa de la unión gastroesofágica.

La identificación del esfínter esofágico inferior (EEI), y el uso de la manometría fueron reportados en 1956,<sup>9,10</sup> la pHmetría vendría 20 años después,<sup>11</sup> en medio de esta revolución de adelantos fisiológicos es que Rudolph Nissen y Ronald Belsey desarrollan los procedimientos que los hicieron famosos y que persisten hasta la actualidad.

En 1956 Nissen<sup>12,13</sup> publica la operación denominada gastroplicatura que describe la cirugía que fue reproducida en múltiples ocasiones hasta nuestros días y que revolucionó el tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico.

En tiempos similares Belsey, posterior a múltiples estudios y pruebas fisiológicas pudo apreciar que el reflujo era resultado de un EEI (esfínter esofágico inferior) disfuncional y que la reducción del mismo por debajo del diafragma era la llave para mantener el ángulo costo frénico y ganar o devolver la competencia del EEI. Belsey y Skinner<sup>14</sup> revisaron sus resultados en 1967 de 1,030 pacientes intervenidos con un seguimiento de 5 años y con un 85% de excelentes resultados.

Ya en 1957, Leigh Collis publicó su innovadora operación para tratar pacientes con hernias no reductibles y pacientes con esofagitis y estenosis.<sup>15</sup>

En 1967, Lucius Hill<sup>16</sup> llevó a cabo su primer reporte denominado nuevos conceptos en la patofisiología de la hernia hiatal y esofagitis, designando a su cirugía como una gastropexia posterior y tiempo después, llevó a cabo el procedimiento con manometría transoperatoria por el alto índice de disfagia.

En 1970 la cirugía propuesta por Nissen fue adoptada mundialmente y su alumno favorito Mario Rossetti<sup>13</sup> llevó a cabo modificaciones importantes a la técnica original.

Al mismo tiempo que Lucius Hill, enfatizaba el gran porcentaje de disfagia con la técnica de Nissen. En Europa se publicaron modificaciones a esta técnica Dor<sup>17</sup> y Andre Toupet<sup>18</sup> para tratar de disminuir el enorme porcentaje de sintomatología postoperatoria en pacientes sometidos al procedimiento propuesto por Nissen, dicho procedimiento propuesto por Toupet tuvo poca influencia y se prestó poca atención al mismo hasta la era laparoscópica en la última década del siglo XX.

Donahue<sup>19</sup> y de Demeester<sup>20</sup> fueron los primeros en entender el mecanismo fisiológico de las funduplicaturas a 360°, posterior a 270° y evaluar así la longitud necesaria de la funduplicatura y cómo reducir la sintomatología postoperatoria.

En 1965, en el Centro Médico Nacional del IMSS (México) se experimentó una funduplicatura posterior, en la cual, se pasaba exclusivamente la pared anterior del fundus en forma algo forzada a la derecha del esófago, fijándola a ambos lados en una extensión de 6 a 8 cm, logrando con esto, el control del reflujo y de la esofagitis. A esto se le denominó funduplicatura posterior en V tipo Guarner; siendo esto la cooperación de un médico mexicano al tratamiento para la ERGE.<sup>21</sup>

Además de todos estos cambios conceptuales, y aunados a los mismos, hemos sido testigos de los grandes adelantos de la farmacología, la disponibilidad y el amplio uso de los bloqueadores H2 de los inhibidores de bomba de los

procinéticos, que han mejorado el tratamiento médico para la ERGE.

A partir de la era laparoscópica en la novena y décima década de la vida del siglo XX el nuevo y revolucionario abordaje para el tratamiento quirúrgico (químicas de mínima invasión) ha proporcionado una óptica en el tratamiento del ERGE con mínima morbilidad y mortalidad, mínimo porcentaje de síntomas postoperatorios, siendo una excelente opción de tratamiento cuando las indicaciones para la misma aplican.

Sin duda la ERGE es hoy por hoy un problema severo alrededor del mundo, por ejemplo sólo en USA, el 44% presenta pirosis una vez al mes, el 7% la experimenta todos los días (30,000,000 de estadounidenses) y el 20% de las esofagitis se complica.

El tratamiento quirúrgico es en la actualidad una excelente opción terapéutica posterior a llevar a cabo los estudios necesarios correspondientes y verificar la indicación de este tipo de tratamiento, siendo en la actualidad el único que ofrece algo definitivo.

## REFERENCIAS

1. Cannon WB, Moser A. The movements of the food in the esophagus. *Am J Physiol* 1898; 1: 435-444.
2. Schwartz GS. Historical aspects of the anatomy of the cardia with special reference to hiatus hernia. *BULL NY Acad Med* 1967; 43: 112-125.
3. Akerkond A, Onnell H, Key E. Hernia diaphragmatica hiatus oesophagel vom anastomischen and roentg enologischen gesich Ts punkt. *Acta Radial* 1926; 6: 3-22.
4. Soresi AL. Diaphragmatic hernia: its unsuspected frequency: Diagnosis and technique for radical cura. *Ann Surg* 1919; 68: 254-270.
5. Harrington SW. The surgical treatment of the more common types of diaphragmatic hernia: esophagel hiatus, congenial absence and foramen of Morgagni: report of 404 cases. *Ann Surg* 1945; 122: 546-568.
6. Sweet RH. Diaphragmatic hernia thoracic surgery. Philadelphia: WB Saunders; 1950: 316-334.
7. Allison PR. Reflux esophagitis, sliding hiatal hernia and anatomy of repair. *Surg Gynecol Obstet* 1951; 92: 419-431.
8. Barret N. Hiatus hernia. *Br J Surg* 1954; 42: 231-243.
9. Fyke Fe, Code C, Schiegel JF. The gastroesophagel sphincter in healthy beings. *Gastroenterologia* 1956; 86: 135-150.
10. Kramer P, Inger FFJ, Atkinson M. The motility and pharmacology of the oesophagus in cardioesperm. *Gastroentelologia* 1956; 86: 174-178.
11. Mabibulka KS. Intraluminal pressure, transmucosal potential difference and pH studies in the oesophagus of patients before and after collis repair of a hiatal hernia. *Torax* 1973; 28: 342-348.
12. Nissen R. Reminiscences: reflux, esophagitis and hiatal hernia. *Rev Surg* 1970; 27: 307-314.
13. Liebermann-Meffer D, Stein HJ. Rudolf Nissen and the World Revolution of Fundoplication. ST Louis MI: Quality Medical publishing Inc. 1999.
14. Skinner DB, Belsey RH. Surgical Management of esophageal reflux and hiatus hernia: Long term results with 1,030 patients. *J Thorax Cardio Base Surg* 1967; 53: 33-54.
15. Collis JL. An operation for hiatus hernia with short esophagus. *J Thorac Surg* 1957; 34: 768-788.
16. Hill LD, Tobias J, Morgan EH. Newer concepts of the pathophysiology of hiatal hernia and esophagitis. *Am J Surg* 1996; 111: 70-79.
17. Dor J, Humbert P, Dor V et al. The role of the modified Nissen procedure in the prevention of reflux following Heller's extramucosal cardiomyotomy. *Mem Acad Chir* 1962; 88: 887-882.
18. Toupet A. Technique d'osophago-gastroplastic avec phreno-gastropexie dans les cures radicales des hernies hiatales et comme complément de l'opérations de Heller dans les cardiospasmes. *Mem Acad Chir* 1963; 89: 394-399.
19. Donahue PE, Larson GM, Stewardson RH et al. Floppy Nissen funduplication. *Rev Surg* 1977; 34: 223-224.
20. Demmester TR, Johnson LF. Evaluation of the Nissen anti-reflux procedure by esophageal manometry and 24 hour ph monitoring. *Am J Surg* 1975; 129: 94-100.
21. Guarner V, Ramírez DJ, Martínez TN. Valoración experimental y clínica de un nuevo procedimiento antirreflujo en la unión esófago gástrica. *Gac Med Mex* 1969; 99: 541-551.