



## **ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO (ERGE).**

**Dr. Carlos Esperguel G.**

### **Definición:**

De acuerdo al Consenso de Montreal, “Es una condición que se desarrolla cuando el reflujo del contenido gástrico causa síntomas molestos y/o complicaciones”. Los síntomas son considerados “molestos”, si estos afectan en forma adversa el bienestar del paciente<sup>(1)</sup>. Sin embargo desde la perspectiva quirúrgica el ERGE es una falla de la barrera anti-reflujo, permitiendo un reflujo anormal de contenido gástrico hacia el esófago <sup>(2)</sup>. Es un desorden mecánico causado por un esfínter esofágico inferior (EEI) defectuoso, una alteración del vaciamiento gástrico y una falla en la peristalsis esofágica. Estas anomalías resultan en una enfermedad de comportamiento variable, desde solo síntomas como pirosis, a daño en el tejido esofágico con o sin consecuencias posteriores como neoplasia o patologías de la vía aérea.

La exacta naturaleza de la barrera antirreflujo aún no es comprendida en su totalidad. Desde el punto de vista práctico consideramos que en el EEI, la crura diafragmática y el ligamento freno-esofágico son componentes claves. También se debe mencionar el rol de la peristalsis esofágica y los defectos anatómicos como la hernia hiatal .

### **Clínica**

Pirosis (95%) y regurgitación (70%) son los síntomas típicos. Disfagia (30%) y dolor retroesternal tipo “cardíaco”, menos frecuente. Un 20% puede presentar síntomas atípicos en forma aislada donde se incluyen los respiratorios como tos crónica, neumonía aspirativa, fibrosis pulmonar, voz ronca y erosiones dentales. Estos se consideran manifestaciones extra esofágicas de la enfermedad.

### **Diagnóstico**

Se confirma con al menos una de las siguientes condiciones:

- Evidencias de esofagitis manifestado por cualquier interrupción de la mucosa esofágica, que se define como eritema o cambio claramente demarcado por la mucosa adyacente de aspecto normal, en un paciente con síntomas típicos.
- Esófago de Barrett demostrado por biopsia.
- Estenosis péptica, luego de descartar malignidad con múltiples biopsias.
- pHmetría de 24 horas positiva.
- Radiografía de Esófago-Estómago y Duodeno(Rx EED): Reflujo evidente durante el examen radiológico.



## Indicaciones de cirugía

Con el diagnóstico confirmado de ERGE, se debe considerar cirugía en los siguientes casos:

- Falla del tratamiento médico (control inadecuado de los síntomas, regurgitación severa no controlada con los supresores de ácido, efectos colaterales del tratamiento farmacológico).
- Optar por la cirugía a pesar de un tratamiento médico exitoso (por consideraciones de calidad de vida, ingesta de fármacos de por vida, gasto en medicamentos, etc)
- Complicaciones de ERGE (ej: esófago de Barrett, estenosis péptica).
- Coexistencia con hernia hiatal
- Manifestaciones extraesofágicas (asma, voz ronca, tos crónica, dolor de pecho, aspiración).

Cirugía para pacientes sin síntomas de ERGE con esófago de Barrett es más controversial. Si bien se reporta un mayor grado de regresión de la metaplasia intestinal en el grupo post cirugía que en el tratado médicamente, hasta la fecha no hay mejoría demostrable en las tasas de adenocarcinoma esofágico.

El candidato ideal para cirugía antirreflujo es aquel con síntomas típicos, pHmetría positiva y que depende de inhibidores de bomba de protones para aliviar los síntomas.

## Estudio preoperatorio

El objetivo es seleccionar de la mejor forma a los pacientes para optimizar los resultados.

- *Endoscopia digestiva alta (EDA)*: confirma el diagnóstico de esofagitis, identifica otras etiologías de alteraciones de la mucosa y permite la toma de biopsias.
- *pHmetría de 24h*: muy importante cuando el diagnóstico no puede ser confirmado por EDA o existe duda diagnóstica.
- *Manometría esofágica*: Imprescindible. Permite identificar alteraciones en la motilidad esofágica que pueden contraindicar la funduplicatura u otra cirugía antirreflujo.
- *Rx esófago-estómago-duodeno*: permite una evaluación clara de la anatomía y particularmente útil en pacientes con hernia hiatal.



## Técnica quirúrgica

Existe una gran variedad de técnicas para el tratamiento de ERGE. Las más utilizadas realizan una funduplicatura, y entre estas la de elección en general es la funduplicatura de Nissen 360° laparoscópica (Fig. 1). Las otras son funduplicaturas parciales por anterior o posterior. Toupet idéntica a Nissen pero en 270°, Dor (parcial anterior 180°), tendrían la ventaja teórica de menor disfagia y distensión gástrica, pero disminuiría su efectividad para el control del reflujo.

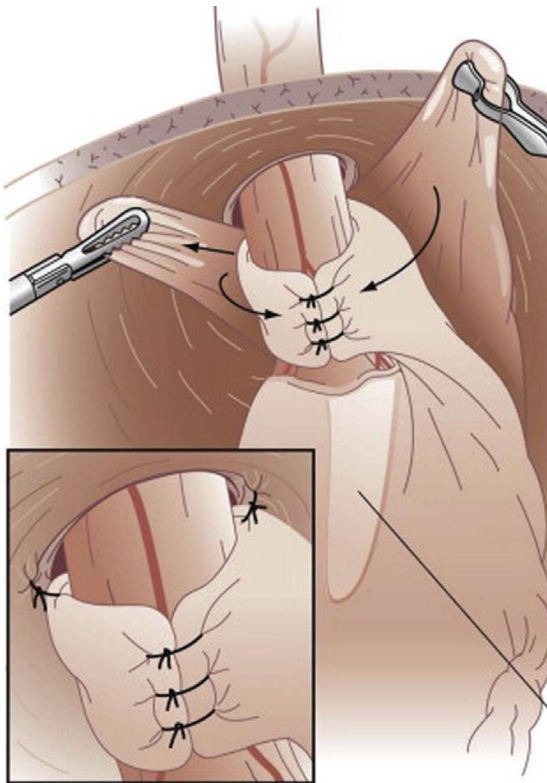


Figura 1. Funduplicatura de Nissen 360°  
(Surg Clin N Am 95 (2015) 527–553)

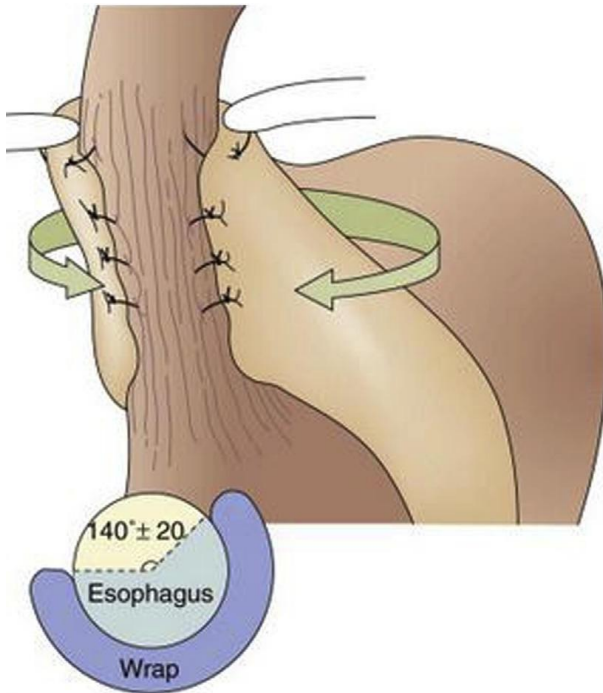


Fig. 2: Fundoplicatura de Toupet 270° (parcial posterior).  
(Surg Clin N Am 95 (2015) 527–553)

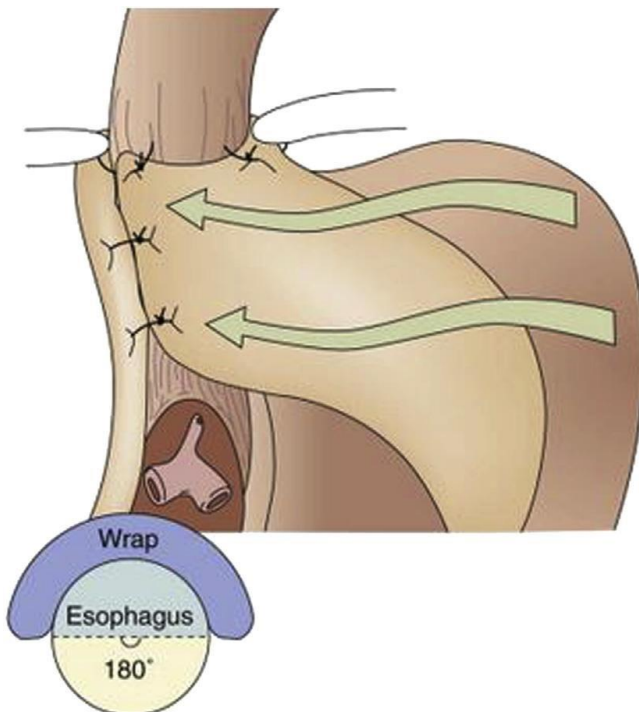


Figura 3. Fundoplicatura de Dor (parcial anterior)  
(Surg Clin N Am 95 (2015) 527–553)



Un consenso de expertos sugiere los siguientes pasos para estandarizar la técnica de Funduplicatura de Nissen <sup>(3)</sup>:

1. Apertura del ligamento frenoesofágico de izquierda a derecha.
2. Preservar la rama hepática del nervio Vago anterior.
3. Disección de ambas cruras.
4. Movilización transhiatal para obtener un esófago intraabdominal de aproximadamente 3 cm.
5. Sección de vasos cortos para asegurar una cobertura del esófago por el fondo gástrico libre de tensión.
6. Cierre de la crura posterior con material no absorbible.
7. Creación de una cobertura de 1,5 - 2 cm con la sutura más distal incorporando la pared muscular anterior del esófago.
8. Instalación de un sonda para calibración al momento de la funduplicatura.

Con los datos actuales y el nivel de evidencia existente no es posible recomendar una funduplicatura total o parcial, sin embargo la mayoría de los expertos realiza funduplicatura total, fundamentando que tendría mejor resultado a largo plazo.

En pacientes obesos (IMC > 35 kg/m<sup>2</sup>), asociado a comorbilidades, la posibilidad de falla con la funduplicatura es mayor, por lo que se recomienda By pass gástrico el cual ha demostrado ser un excelente procedimiento antirreflujo como así también para el control de la obesidad.

Los síntomas atípicos si bien en general responden de buena forma a la cirugía antirreflujo, la persistencia de síntomas es más alta en comparación a la resolución de síntomas típicos. Por lo tanto, es fundamental la selección de los pacientes y la entrega de información a este grupo de pacientes para que tengan claras las expectativas.

## Bibliografía

- 1.- Vakil N, van Zanten SV, et al; Global Consensus Group. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *Am J Gastroenterol.* 2006;101(8):1900-1920.
- 2.- Wetscher GJ, Redmont EJ, Vititi LMH (1993); Pathophysiology of gastroesophageal reflux disease. In: Hinder RA (ed) Gastro- esophageal reflux disease. R.G. Landes, Austin, TX, pp 7-29 .
- 3.- Attwood SE, Lundell L, et al. Standardization of surgical technique in antireflux surgery: the LOTUS Trial experience. *World J Surg* 2015 32:995-998.
- 4.- Robert B. Yates, MD\*, Brant K. Oelschlager, MD. Surgical Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease. *Surg Clin N Am* 2015;95:527-553.



Servicio de Cirugía  
Cirugía digestiva alta  
Hospital Clínico San Borja-Arriarán

Universidad de Chile  
Facultad de Medicina  
Dr. Carlos Esperguel G.

