



CIRUGÍA ANTIRREFLUJO POR LAPAROSCOPIA

Dr. José Pablo Vélez, MD.

Cirujano Endoscopista

EDITORIAL

Se considera normal presentar ocasionalmente sensación de “agrieras” o de regurgitación (es decir que todos nosotros alguna vez lo hemos sentido), debido a que cierto grado de reflujo se sucede como hecho corriente dentro del funcionamiento digestivo. Entonces, ¿cuándo se considera al reflujo gastroesofágico (R.G.E.) como enfermedad?

Técnicamente hablando se considera enfermedad cuando la frecuencia de los síntomas, la intensidad de los mismos, el tiempo de exposición al líquido que refluye (más del 4% del tiempo en 24 horas), o la presencia de complicaciones supera los márgenes de normalidad.

Igualmente la frecuencia de hernia hiatal en la población general es tan alta como el 50% sin que esto signifique enfermedad o predisposición para la aparición de los síntomas o complicaciones por R.G.E. excepto cuando ésta es de tamaño gigante.

Igualmente la mayoría de los pacientes responden a tratamiento médico, es decir, a modificaciones sencillas en el estilo de vida y medicamentos que bloquean el efecto del ácido sobre el esófago.

Se concluye entonces, que sólo un pequeño porcentaje de pacientes con R.G.E., necesitará cirugía para el control de sus síntomas.

A continuación se explican cuales son las indicaciones y pasos que se deben tener en cuenta para que un paciente con R.G.E. deba ser llevado a cirugía, procedimiento que definitivamente adquiere cada vez mayor vigencia dentro del armamentario del manejo del paciente con R.G.E.

ALFREDO CIENFUEGOS RIVERA, MD.

Internista Gastroenterólogo
Fundación Clínica Valle del Lili

Si usted sufre de “agrieras” o “ardor en la boca del estómago”, sus síntomas pueden ser debidos a enfermedad por reflujo gastroesofágico (RGE), llamado también reflujo gastroesofágico patológico. En la mayoría de los casos este problema puede ser tratado con cambios en los hábitos alimentarios y medicamentos, sin embargo en algunos pacientes estas medidas no son suficientes para el control de su reflujo.

Una opción de tratamiento para estas personas puede ser la cirugía antirreflujo por laparoscopia. A continuación se presenta de forma clara en qué consiste el reflujo gastroesofágico y su tratamiento por medio de la cirugía antirreflujo por laparoscopia.

¿QUÉ ES EL REFLUJO GASTROESOFÁGICO?

Gastroesofágico se refiere al estómago y el esófago; reflujo significa flujo hacia atrás o en dirección contraria, así que el término reflujo gastroesofágico se refiere al retorno del contenido del estómago hacia el esófago.

En la unión del esófago con el estómago se encuentra un anillo muscular que cumple la función de válvula, denominada esfínter esofágico inferior (EEI)

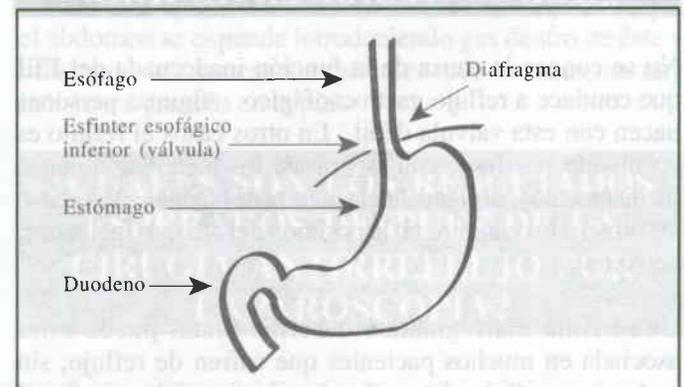


Figura No. 1 Anatomía normal.

Durante la digestión normal, cuando la persona traga, este esfínter se relaja y permite el paso de los alimentos al estómago, para posteriormente cerrarse de nuevo, con el fin de evitar que los alimentos y los ácidos del estómago se devuelvan hacia el esófago. El reflujo gastroesofágico se produce cuando este esfínter es débil o se relaja inapropiadamente, permitiendo que el contenido gástrico se devuelva hacia el esófago.

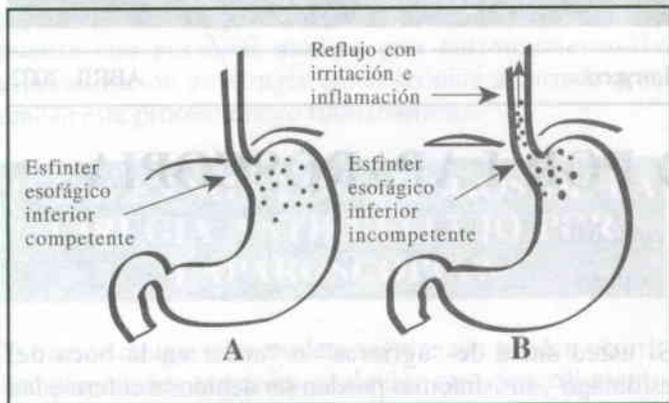


Figura A. Cuando el esfínter esofágico inferior funciona adecuadamente, este previene el reflujo del contenido gástrico hacia el esófago. **B.** En el caso de un esfínter deficiente se produce reflujo del contenido gástrico al esófago con la producción de síntomas como agrieras e inflamación.

La severidad del reflujo depende del grado de alteración de esta válvula (EEI), al igual que de la cantidad y el tipo de líquido que refluye. En la figura 1 se muestra la localización del Esfínter Esofágico Inferior (EEI) entre el esófago y el estómago.

Los síntomas típicos de reflujo gastroesofágico incluyen agrieras, sensación de quemadura y regurgitación de alimentos y vómito. También existen los síntomas atípicos o extraesofágicos debido a que afectan otros sistemas diferentes al digestivo, tales como tos, asma, laringitis a repetición, disfonía, otitis, sinusitis, dolor cervical atípico, dolor precordial (que puede confundirse con un infarto cardíaco ó con una angina).

¿QUÉ CONTRIBUYE AL RGE?

No se conoce la causa de la función inadecuada del EEI que conduce a reflujo gastroesofágico. Algunas personas nacen con esta válvula débil. En otros casos el reflujo es acentuado por las comidas grasas, los picantes, algunos medicamentos, el cigarrillo, la ingesta de alcohol, el ejercicio vigoroso o los cambios en la posición del cuerpo (inclinarse, acostarse).

Una hernia diafrágica o hernia hiatal puede estar asociada en muchos pacientes que sufren de reflujo; sin embargo, no todas las personas que tienen hernia hiatal padecen de reflujo. La hernia hiatal ocurre cuando la parte superior del estómago se desplaza hacia el tórax a través de un pequeño orificio en el diafragma por el cual normalmente pasa sólo el esófago.

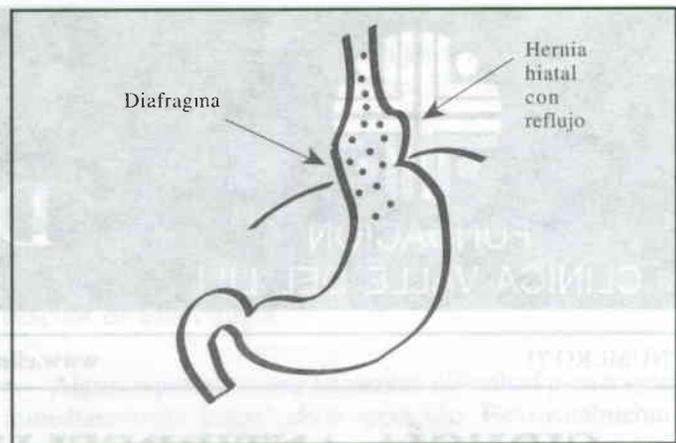


Figura No. 3. Hernia hiatal ó hernia diafrágica es el desplazamiento de la parte superior del estómago hacia el tórax a través del orificio del diafragma. Los pacientes con reflujo gastroesofágico con frecuencia presentan hernia hiatal. La presencia de hernia hiatal no necesariamente produce síntomas de reflujo.

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA EL RGE?

El reflujo se sospecha por la presencia de síntomas típicos como agrieras y ardor retroesternal, o atípicos (ronquera, tos, asma, dolor en el pecho). A continuación se procede a realizar una endoscopia digestiva superior en la cual puede observarse la presencia de esofagitis (inflamación del esófago), manifestada por ulceraciones e irritación de la mucosa. También puede sospecharse la presencia de esófago de Barrett y tomarse biopsias para confirmarlo.

Los anteriores hallazgos confirman la presencia de reflujo gastroesofágico, lo cual sucede en aproximadamente la mitad de los pacientes con esta enfermedad. En la mitad restante, la endoscopia digestiva superior puede arrojar un resultado normal aún cuando el paciente presente reflujo.

En estos casos, el estudio a seguir es la pH-metría ambulatoria. Se trata de un examen que mide la acidez del esófago durante un período de 24 horas por medio de la colocación de una sonda pequeña. De la misma manera, si este examen es positivo, se confirma la presencia de reflujo aunque la endoscopia digestiva arroje un resultado normal.

Otros exámenes de menor precisión para el diagnóstico del reflujo son la radiografía y la gamagrafía.

¿QUÉ ES EL ESÓFAGO DE BARRETT?

Es el cambio que se presenta en las células de recubrimiento del esófago por daño severo y continuo ocasionado por el reflujo gastroesofágico. Se considera que esta condición es premaligna y puede ser un precursor para el desarrollo de cáncer esofágico, por lo tanto requiere de seguimiento endoscópico y tratamiento agresivo. Estos pacientes son buenos candidatos para tratamiento con cirugía laparoscópica.

¿CÓMO SE TRATA EL RGE?

El reflujo generalmente se trata en tres pasos progresivos:

1-. Cambios en el estilo de vida. Perder peso, dejar de fumar, variar los patrones de sueño (evitar acostarse inmediatamente después de comer), elevar la cabecera de la cama, evitar el consumo de alcohol, chocolate, café, alimentos con grasa y muy condimentados. El cigarrillo también contribuye al reflujo gastroesofágico al igual que la obesidad y el embarazo.

2-. Tratamiento con drogas: Los antiácidos neutralizan los ácidos del estómago y los medicamentos como la ranitidina y el omeprazole disminuyen la producción de ácido del estómago, contribuyendo al control de los síntomas. Estas drogas, sumadas a los cambios en el estilo de vida anotados anteriormente, constituyen la base del tratamiento para la mayoría de los pacientes con reflujo gastroesofágico.

3-. Cirugía: Los pacientes que no responden bien a las medidas anteriores o que necesitan estar tomando droga continuamente para el control de los síntomas, son candidatos para cirugía, procedimiento muy efectivo para el tratamiento del RGE.

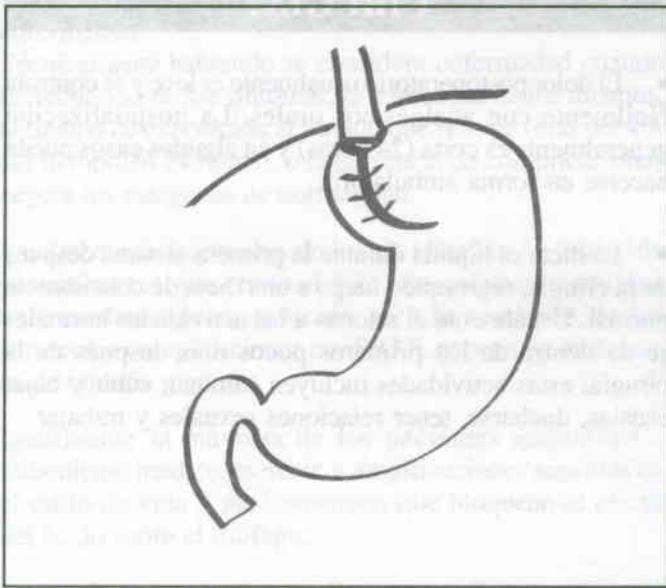


Figura No. 4. Cirugía antirreflujo – funduplicatura de 360°.- Se refuerza la válvula envolviendo la parte inferior del esófago con la parte superior del estómago. Siempre que se encuentra una hernia hiatal, esta se corrige con la cirugía.

Sin embargo, hasta hace poco, esta cirugía requería de una incisión abdominal grande que ocasionaba un severo dolor después de cirugía y que necesitaba de un período de recuperación de seis semanas o más.

Actualmente, esta intervención ha sido modificada utilizando técnicas laparoscópicas (mínimamente invasivas), con lo que se evita una gran incisión abdominal, logrando los mismos resultados que con la cirugía abierta.

Las siguientes son las indicaciones para la cirugía antirreflujo por laparoscopia según la Sociedad Americana de Cirugía Laparoscópica SAGES – (Society of American Gastrointestinal Endoscopic Surgeons):

- 1- Pacientes en quienes ha fallado el tratamiento médico del reflujo.
- 2- Pacientes aptos para cirugía aunque su tratamiento con medicamentos sea exitoso (debido a consideraciones de alteraciones del estilo de vida, necesidad de tomar medicamentos permanentemente, alto costo de los medicamentos, etc.)
- 3- Pacientes que presentan complicaciones del reflujo gastroesofágico tales como: esófago de Barrett, estenosis, esofagitis grado III o IV.
- 4- Tener síntomas atípicos como asma, ronquera, tos, dolor en el pecho, broncoaspiración y reflujo gastroesofágico documentado por medio de la pH-metría ambulatoria de 24 horas.

¿CÓMO SE REALIZA LA CIRUGÍA ANTIRREFLUJO POR LAPAROSCOPIA?

- La cirugía antirreflujo por laparoscopia consiste en el refuerzo de la “válvula” entre el esófago y el estómago envolviendo la parte superior del estómago alrededor de la parte inferior del esófago. Esto incluye la corrección de la hernia hiatal cuando está presente.
- En los procedimientos laparoscópicos, los cirujanos utilizamos pequeñas incisiones (0.5 a 1 cm) para entrar al abdomen a través de cánulas o trocares (pequeños instrumentos como tubos). El laparoscopio, que es un telescopio especial, se conecta a una pequeña cámara de vídeo y se introduce a través de la pequeña incisión, dándole al cirujano una visión magnificada de los órganos internos del paciente en una pantalla de televisión.
- Toda la operación se realiza “adentro”, después de que el abdomen se expande introduciendo gas dentro de éste y utilizando instrumentos especiales, por lo tanto, no hay incisiones grandes en la piel.

¿CUÁLES SON LOS RESULTADOS ESPERADOS DESPUÉS DE LA CIRUGÍA ANTIRREFLUJO POR LAPAROSCOPIA?

- Los estudios realizados han mostrado que la gran mayoría de los pacientes a quienes se les practica esta cirugía quedan completamente libres de síntomas de reflujo o tienen una mejoría muy importante de estos (entre 90 y 95%).

- Las ventajas de la técnica laparoscópica es que ésta usualmente se asocia con menor dolor postoperatorio, hospitalización corta, un regreso más rápido al trabajo y resultados cosméticos superiores.

- Los resultados dependen directamente del entrenamiento que se tenga en la realización de cirugía laparoscópica avanzada y la frecuencia con que se realice el procedimiento. En la Fundación Clínica Valle del Lili se cuenta con personal médico con entrenamiento de especialización en cirugía laparoscópica avanzada y se realiza este procedimiento rutinariamente.

¿CUÁLES SON LOS RIESGOS DE LA CIRUGÍA ANTIRREFLUJO POR LAPAROSCOPIA?

Si bien la cirugía se considera segura, aún pueden ocurrir complicaciones como en cualquier otro procedimiento médico. Para su realización se emplea anestesia general. Antes de la operación, el paciente requiere de una evaluación médica completa y de la realización de algunos exámenes de laboratorio para determinar el riesgo y tomar las medidas de cuidado necesarias de acuerdo con su estado de salud.

¿QUÉ SUCEDE SI LA CIRUGÍA NO PUEDE REALIZARSE COMPLETAMENTE POR VÍA LAPAROSCÓPICA?

En un pequeño número de pacientes, la cirugía no puede hacerse por laparoscopia por dificultades en la visualización adecuada de los órganos. Entre los factores que pueden aumentar la posibilidad de conversión del procedimiento laparoscópico a una cirugía abierta o invasiva se incluyen obesidad, una historia de cirugía abdominal previa que haya ocasionado cicatriz densa dentro del abdomen, o problemas

de sangrado durante la intervención quirúrgica. En estos casos es necesario convertir la cirugía a la técnica abierta, lo cual puede suceder en menos del 3% de los casos.

¿HAY EFECTOS MOLESTOS DESPUÉS DE ESTA OPERACIÓN?

Los efectos adversos a largo plazo son poco comunes después de esta cirugía.

- Algunos pacientes experimentan dificultad para tragar inmediatamente después de la operación. Esto usualmente desaparece entre uno y tres meses después de la cirugía. Ocasionalmente, estos pacientes pueden requerir de un procedimiento para expandir el esófago (dilatación endoscópica) o raras veces una reoperación.

- La capacidad para eructar y vomitar puede estar limitada después de este procedimiento. Algunos pacientes refieren sensación de distensión abdominal.

- Raras veces algunos pacientes refieren no tener mayoría en sus síntomas.

¿QUÉ ESPERAR DESPUÉS DE LA CIRUGÍA?

- El dolor postoperatorio usualmente es leve y se controla fácilmente con analgésicos orales. La hospitalización generalmente es corta (24 horas) y en algunos casos puede hacerse en forma ambulatoria.

- La dieta es líquida durante la primera semana después de la cirugía, regresando luego a una dieta de consistencia normal. Usualmente el retorno a las actividades normales se da dentro de los primeros pocos días después de la cirugía; estas actividades incluyen caminar, subir y bajar escalas, ducharse, tener relaciones sexuales y trabajar.

Comité Editorial:

- | | | | |
|------------------------------|-------------------------|----------------------------|----------------------------------|
| • Dr. Martin Wartenberg | • Dr. Hernán G. Rincón | • Dr. Jairo Sánchez | • Dr. Carlos Serrano |
| • Dr. Adolfo Congote | • Dr. Jaime Orrego | • Dra. Yuri Takeuchi | • Enfermera María Elena Mosquera |
| • Sra. María Teresa Sellarés | • Dr. Paulo José Llinás | • Dr. Carlos Alberto Cañas | • Sra. Alda Mera |

Los conceptos y opiniones contenidos en los artículos de la Carta de la Salud, corresponden únicamente al de los autores y editorialistas. Esta publicación pretende mejorar su información en temas de la salud en general. Las inquietudes que se relacionen con su salud personal, deben ser consultadas y resueltas con su médico.

Dirección: Carta de la Salud - Fundación Clínica Valle del Lili - Cra. 98 # 18-49 - Tel.: 331 9090 - Fax: 331 7499 - Santiago de Cali
e-mail: cartadelasalud@telesat.com.co

Esta publicación de 30.000 ejemplares, es cortesía de



EL PAIS
El Diario de nuestra gente



FUNDACION
CLINICA VALLE DEL LILI



FUNDACION AYUDEMOS
ALICE ECHAVARRIA DE GAHICES