

Estudio de la enfermedad por reflujo gastroesofágico tras el bypass gástrico

Review of gastroesophageal reflux disease after gastric bypass

10.53435/funj.00943

Estudio de la enfermedad por reflujo gastroesofágico tras el bypass gástrico

Ana Tomás, Juan Pérez, José Antonio Bravo, Gema Giner, Beatriz Remezal, Pilar Serrano.

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario del Vinalopó, Elche.



Correspondencia del autor:

Ana Tomás Martínez

Email: atmartinez@vinaloposalud.com

Estudio de la enfermedad por reflujo gastroesofágico tras el bypass gástrico

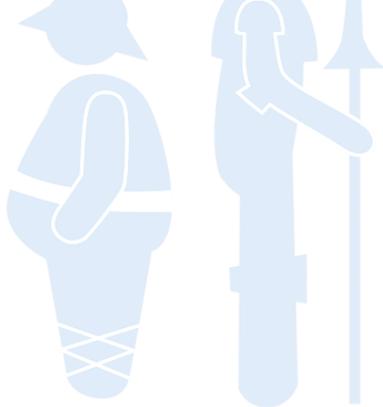


bmi journal
seco-seedo

Resumen

La obesidad es uno de los principales factores implicados en la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Más del 36% de los pacientes intervenidos de una cirugía bariátrica presentan sintomatología preoperatoria. El bypass gástrico es una de las técnicas más efectivas para tratar de manera simultánea el ERGE y la obesidad mejorando de manera significativa la clínica de ERGE. La gastrectomía vertical laparoscópica (SG) empeora la sintomatología de la ERGE con una tendencia progresiva con los años de seguimiento. Se ha realizado una revisión cuyo objetivo ha sido analizar la mejoría de los síntomas de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en pacientes diagnosticados previamente a ser intervenidos de bypass gástrico (RYGB). Un total de 23 pacientes han sido intervenidos de bypass gástrico en nuestro centro entre 2019 y 2022, de los cuales 5 casos habían sido diagnosticados de ERGE preoperatoriamente. El 100% de los pacientes ha referido mejoría de la clínica del reflujo tras el BGY. El tiempo medio transcurrido desde la operación hasta la desaparición de la sintomatología fue de 3 meses.

Palabras clave: bypass gástrico, ERGE, reflujo gastroesofágico, cirugía bariátrica



bmi journal
seco-seedo

Introducción

El bypass gástrico es una de las técnicas más efectivas para tratar la obesidad y la ERGE de manera simultánea ⁽¹⁾. Un gran porcentaje de pacientes que van a ser intervenidos de una cirugía bariátrica presentan clínica de ERGE. Además, una de las causas más frecuentes de reintervención por secuelas es el reflujo gastroesofágico (RGE) tras una gastrectomía vertical ⁽²⁾. El objetivo de esta revisión es analizar qué impacto ha tenido el bypass gástrico en los pacientes diagnosticados de ERGE preoperatoriamente. A su vez analizamos el tiempo medio transcurrido desde la intervención hasta la desaparición de la sintomatología.

Material y métodos

Se ha realizado un estudio observacional retrospectivo en el que se incluyen 23 pacientes intervenidos de bypass gástrico entre el 1 de enero de 2019 y el 31 de diciembre de 2022 en nuestro centro. Según la clasificación de Montreal, la ERGE es una condición que se desarrolla cuando el reflujo del contenido del estómago causa síntomas molestos y/o complicaciones ⁽³⁾. Cinco pacientes (60% mujeres y 40% hombres) habían sido diagnosticados de ERGE preoperatoriamente.

Resultados

Cinco casos (3 mujeres y 2 hombres) de los veintitrés pacientes habían sido diagnosticados de ERGE previamente a ser intervenidos de bypass gástrico. Esto supone una incidencia de ERGE preoperatoria del 21,74% en nuestro estudio. El 100% de los casos refirió mejoría de la clínica del reflujo tras el RYGB, permaneciendo asintomáticos a día de hoy. Anteriormente, dos pacientes habían sido intervenidos de SG. Ambos empezaron con clínica de reflujo gastroesofágico posterior a la gastrectomía, optando por una cirugía de revisión tras el fracaso del manejo conservador. En los dos casos se obtuvo una mejoría completa de los síntomas. El tiempo medio transcurrido desde la operación hasta la desaparición de la sintomatología fue de 3 meses.

PACIENTE	SEXO	CIRUGÍA DE REVISIÓN	ERGE PREOPERATARIO	TIEMPO HASTA DESAPARICIÓN DE SÍNTOMAS
1	Mujer	No	Sí	3 meses
2	Mujer	Sí	Sí	4 meses

3	Varón	No	Sí	4 meses
4	Mujer	No	Sí	3 meses
5	Varón	Sí	Sí	1 mes

Discusión

Según la literatura, más del 36% de los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica presentan sintomatología preoperatoria ⁽¹⁾. En nuestra serie, la incidencia de ERGE sintomática preoperatoria fue del 21,74%. Estos resultados podrían explicarse por dos motivos. En primer lugar, porque en nuestro estudio únicamente se han tenido en cuenta a los pacientes que se han intervenido de bypass gástrico y en segundo lugar por tamaño muestral de nuestro trabajo.

Existen estudios donde se ha observado un incremento del reflujo gastroesofágico en el seguimiento de los pacientes intervenidos de SG. Parece deberse principalmente a cambios anatómicos sumado al aumento en la presión intragástrica y las posibles alteraciones del vaciamiento gástrico ⁽³⁾. Dos pacientes de nuestro estudio han sido sometidos a una cirugía de revisión realizándose en ambos casos un bypass gástrico. Los dos casos habían sido intervenidos previamente de SG desarrollando sintomatología de ERGE, siendo esta enfermedad una de las principales indicaciones para la cirugía de revisión.

Según Borbély Y et al, la SG conduce a una tasa considerable de ERGE postoperatoria ⁽⁴⁾. Sin embargo, en nuestro estudio no se ha realizado un seguimiento estrecho para comprobar si los pacientes intervenidos de SG han desarrollado ERGE en los años posteriores a la cirugía.

Otros estudios describen una disminución significativa en la sintomatología de ERGE hasta 2 años después de la cirugía independiente del tipo de técnica realizada ⁽⁵⁾.

Conclusiones

La ERGE es una enfermedad directamente relacionada con la obesidad. La SG es uno de los procedimientos más populares, siendo seguro y eficiente. Sin embargo, a pesar de todas sus características favorables, existe una creciente evidencia en la literatura de que aumenta la incidencia a largo plazo de la enfermedad por reflujo gastroesofágico ^(3,4). El bypass gástrico ha resultado ser una técnica eficaz para la mejoría de los síntomas derivados de la ERGE ⁽¹⁾.

Bibliografía

1. García-Oria MJ, Muros J. (2012). Evolución de las comorbilidades tras la cirugía. En J. C. Ruiz, R. Sánchez (Eds.), *Cirugía de la Obesidad Mórbida*. 2ª Edición (pp. 212-216). Arán Ediciones.
2. Sánchez Pernaute, A., Pérez Aguirre, M.E. (2022). Cirugía bariátrica de revisión. En P. Parrilla, E. García- Granero, E. Martín, S. Morales-Conde, S. Navarro y E. M. Targona (Eds.), *Cirugía AEC*. 3a Edición (pp.457-463). Panamericana
3. Tian P, Fu J, Liu Y, et al. Current status of gastroesophageal reflux disease after sleeve gastrectomy: Still a long way to go. *Biosci Trends*. 2021 Nov 21;15(5):305-312.
4. Borbély Y, Schaffner E, Zimmermann L, et al. De novo gastroesophageal reflux disease after sleeve gastrectomy: role of preoperative silent reflux. *Surg Endosc*. 2019 Mar;33(3):789-793.
5. Elzouki AN, Waheed MA, Suwileh S, et al. Evolution of gastroesophageal reflux disease symptoms after bariatric surgery: A dose-response meta-analysis. *Surg Open Sci*. 2021 Nov 19;7:46-51.