

Cirugía de la **enfermedad** del **Reflujo** **Gastroesofágico**

GUÍA PARA EL PACIENTE

Índice

Pág. 3	• Objetivo.
Pág. 4	• Reflujo Gastroesofágico. • Factores de riesgo de enfermedad de reflujo gastroesofágico.
Pág. 5	• Diagnóstico de la enfermedad de reflujo gastroesofágico. • Complicaciones de la enfermedad de reflujo gastroesofágico.
Pág. 6	• Anatomía normal de la unión esofágica Hernia de hiato • Funduplicatura Nissen
Pág. 7	• ¿Cuándo se indica una cirugía para el reflujo o la hernia de hiato? • ¿En qué consiste una cirugía para el reflujo o la hernia de hiato? • ¿Cuáles son las complicaciones de la funduplicatura laparoscópica?
Pág. 8	• Hospitalización. • Periodo preoperatorio. • Fase postoperatoria.
Pág. 9	• Su dieta de vuelta a casa. • Primer control en consultas • Recomendaciones generales de nutrición
Pág. 10	• Resumen de la fase de progresión en la dieta • Periodo de recuperación.

Objetivo

Este libretto tiene como objetivo ofrecer una orientación a los pacientes sobre los pasos que siguen tras la toma de decisión al indicar una cirugía debida a una enfermedad de reflujo gastroesofágico. El Centro Integral de Nutrición de las Islas Baleares (CINIB) esta integrado por facultativos con un interés preferente en las enfermedades quirúrgicas del esófago. El reflujo gastroesofágico y la hernia de hiato son dos de las enfermedades de ésta área de tratamiento.

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una entidad clínica cuya prevalencia está en alza, habiendo alcanzado en las últimas décadas porcentajes cercanos al 15 % de la población mundial. En ocasiones su tratamiento incluye la cirugía.

La hernia de hiato es la alteración anatómica que puede acompañar o no a la ERGE y su tratamiento quirúrgico es indistinguible en las dos entidades.

El propósito de esta guía es dar unas a conocer los riesgos y beneficios de la cirugía, y los pasos a seguir tras decidir la intervención de la ERGE con o sin acompañamiento de una hernia de hiato.

REFLUJO GASTROESOFÁGICO

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) engloba a todos los pacientes que presentan un menoscabo de su salud o un deterioro de su calidad de vida como consecuencia de los síntomas producidos por el reflujo. Es una condición que se desarrolla cuando la regurgitación del contenido gástrico genera síntomas o complicaciones a nivel esofágico, en la cavidad oral o en las vías respiratorias.

En un sentido amplio, la ERGE se clasifica habitualmente según los resultados endoscópicos en: enfermedad por reflujo con endoscopia con esofagitis (ERGE erosiva) y la ERGE con endoscopia sin esofagitis (ERGE no erosiva).

La enfermedad puede presentarse tanto a través de síntomas típicos (pirosis y regurgitación), acompañados o no de diferentes grados de lesión mucosa. Otros síntomas que pueden acompañar a la ERGE son: eructos, náuseas, hipersalivación, disfagia, hipo y dolor epigástrico.

Ocasionalmente la ERGE puede presentarse con síntomas atípicos que incluyen: tos crónica, disfonía y dolor torácico, asma e hipo. La sospecha de ERGE debería considerarse en el diagnóstico diferencial del dolor torácico no cardiológico.

FACTORES DE RIESGO DE ERGE

- **Obesidad:** Favorece el reflujo debido a un aumento de la presión intraabdominal y del gradiente gastroesofágico en la unión gastroesofágica (UGE), con más incidencia de hernia de hiato (HH).
- **Tabaco y alcohol:** El consumo de tabaco disminuye la presión del EEI y favorece el reflujo. El alcohol actúa como un desencadenante directo de RGE más que ser un factor causal del mismo.
- **La medicación:** Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y el ácido acetil salicílico puede favorecer la aparición de los síntomas de reflujo. Los antidepresivos, especialmente los tricíclicos, favorecen el RGE.
- **Hernia de hiato:** La HH impacta en la mayoría de los mecanismos que favorecen el RGE, al disminuir la competencia del esfínter esofágico inferior (EEI).
- **Helicobacter Pylori:** Sin relación causal.

TIPS en la ENFERMEDAD DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO

- La ERGE incluye síntomas digestivos (típicos) y extradigestivos (atípicos).
- En relación a la endoscopia la ERGE se define como erosiva o no erosiva.

DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO

El ensayo empírico con inhibidores de la bomba de protones (IBP) es útil en la ERGE. Se aconseja administrar un IBP a dosis estándar durante 2-4 semanas. El diagnóstico de la ERGE si hay respuesta no requiere otro tipo de estudios.

La realización del diagnóstico de la ERGE mediante una **gastroscopia** es rara, dada la baja probabilidad de desarrollar una complicación esofágica, especialmente si sólo existe pirosis ocasional.

La gastroscopia está indicada en las siguientes situaciones:

- Presencia de disfagia o odinofagia
- Síntomas que persisten o progresan a pesar del tratamiento con IBP
- Síntomas extradigestivos
- Síntomas en inmunodeprimidos
- Presencia de masa, estenosis o úlceras en esofagograma previo, hemorragia digestiva, anemia ferropénica o pérdida de peso.

La **pH-metría de 24h** es la exploración que ofrece mayor sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de la ERGE.

La **manometría esofágica** es una exploración necesaria al plantear una cirugía anti-reflujo con el fin de evitar problemas de disfagia en aquellos personas con una motilidad esofágica alterada.

COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO

Las complicaciones esofágicas de la ERGE son la esofagitis, la hemorragia, la estenosis, el esófago de Barrett y el adenocarcinoma.

La **esofagitis** por reflujo representa la consecuencia más común entre las lesiones del esófago.

La técnica de elección para evaluar la presencia de esofagitis es la endoscopia. Los hallazgos endoscópicos se clasifican mediante varias clasificaciones, entre ellas la de Los Angeles.

La **hemorragia digestiva** es una complicación rara del ERGE. Puede tratarse de una hemorragia macroscópica o más habitualmente de un sangrado crónico microscópico, manifestado por la aparición de anemia ferropénica.

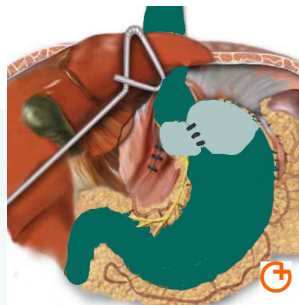
Las **úlceras pépticas** causan el mismo tipo de dolor que las úlceras gástricas o duodenales. Suele localizarse en la región del xifoides o retroesternal. Curan lentamente, tienden a recurrir y suelen dejar una estenosis al cicatrizar.

El **esófago de Barrett** es la irritación en el revestimiento interior del esófago debida al reflujo crónico.

ANATOMÍA NORMAL | HERNIA HIATO



FUNDUPPLICATURA NISSEN



ANATOMÍA NORMAL DE LA UNIÓN ESOFÁGICA | HERNIA DE HIATO.

El diafragma es un músculo delgado que separa el estómago del tórax. A través de un orificio o hiato el esófago se continua con el estómago en el abdomen.

La hernia de hiato es una afección en la cual existe una alteración anatómica de la zona. La parte superior del estómago se desplaza a través de la abertura en el diafragma hacia el tórax. Puede existir reflujo gastroesofágico con o sin la presencia de hernia de hiato.

FUNDUPPLICATURA NISSEN.

La Funduplicatura de Nissen es un procedimiento quirúrgico más habitual cuando se indica una cirugía por ERGE. Consiste en crear una funda sobre el esófago utilizando el fundus del estómago.

Actualmente este procedimiento se realiza por cirugía laparoscópica.

¿CUÁNDO SE INDICA UNA CIRUGÍA PARA EL REFLUJO O LA HERNIA DE HIATO?

Los resultados de la cirugía mejoran con una selección apropiada de los pacientes y una correcta evaluación preoperatoria. Los mejores predictores de un buen resultado quirúrgico son que la persona sea menor de 50 años, que presente síntomas de ERGE típicos y que éstos tengan respuesta adecuada con el tratamiento médico. Otras indicaciones de la cirugía son la intolerancia al tratamiento farmacológico y el deseo expreso del paciente.

¿EN QUE CONSISTE UNA CIRUGÍA PARA EL REFLUJO O LA HERNIA DE HIATO?

La cirugía de la hernia de hiato y reflujo gastroesofágico consiste en devolver el estómago a su posición habitual en el abdomen restableciendo su anatomía y fortaleciendo la barrera antirreflujo.

El procedimiento quirúrgico más utilizado se conoce como funduplicatura de Nissen. Realizamos la operación mediante cirugía laparoscópica a través de 5 pequeñas incisiones (de 5 a 10 mm) para permitir la entrada de la videocámara y del instrumental quirúrgico.

¿CUÁLES SON LAS COMPLICACIONES DE LA FUNDUPLICATURA LAPAROSCÓPICA?

La disfagia postoperatoria es la manifestación más común. Esta manifestación común es temporal debido a edema e inflamación del tejido involucrado en el procedimiento y puede resolverse en 2 a 4 semanas.

La aparición del síndrome de distensión por gas (síndrome de burbuja gástrica) es una complicación infrecuente, caracterizada por la plenitud y/o el dolor abdominal (sensación de gas intestinal), dificultad para eructar, aerofagia y retraso del vaciamiento gástrico.

Las recomendaciones para mejorar sus síntomas incluyen modificaciones dietéticas, disminuir o suspender el consumo de bebidas carbonatadas, fermentables y alimentos que retrasan el vaciamiento gástrico (grasas, legumbres, frutos secos)

A continuación les explicaremos las etapas por las que tendrá que pasar en una fundoplicatura Nissen:

HOSPITALIZACIÓN

Período preoperatorio

- Una vez se ha visitado con el cirujano, debe seguir sus indicaciones y realizar el estudio preoperatorio preanestésico.
- La cirugía dura aproximadamente 1:30 horas. Dependiendo de sus enfermedades puede requerir un ingreso en la UCI tras la cirugía
- Es importante la presencia de sus familiares para informarles de los detalles de la cirugía.

Fase postoperatoria

- Acabado el procedimiento quirúrgico y una vez despierto y, cuando el anestesista lo considere será trasladado al área de hospitalización.
- Podrá estar acompañado de su familia.
- Tras 12 h iniciará la toma de líquidos en pequeñas cantidades. Idealmente los líquidos serán fríos o templados.
- Es recomendable que pueda moverse con ayuda por la habitación.

- Se le facilitará un dispositivo para realizar ejercicios respiratorios. En general se recomiendan como mínimo diez respiraciones profundas y un par de golpes de tos cada hora.
- Se realizará la prevención de la trombosis venosa con la administración de heparina de modo subcutáneo.
- Sólo tendrá ligeras molestias en la parte superior del abdomen, a nivel de los hombros y los omóplatos que durará entre 24 y 48 horas.

Actualmente **no utilizamos drenajes ni ninguna sonda:**

- Sueroterapia. Se mantendrán los sueros durante su estancia en la clínica para facilitar que esté bien hidratado.
- Sonda urinaria. En el caso de tener antecedentes de hiperplasia de próstata o tomar tratamiento para ella puede ser necesaria su colocación.
- Drenaje abdominal. Se indica de modo personalizado a criterio del equipo quirúrgico.
- Es muy importante que usted **camine lo antes posible**; permanezca la mayor parte del tiempo fuera de la cama y cuando beba procure estar sentado.

Las heridas estarán cubiertas con apósitos. El tiempo promedio de estancia en el hospital después de **la intervención quirúrgica es de 2 días.**

SU DIETA DE VUELTA A CASA

La dieta después de la cirugía de obesidad será la misma que la indicada durante la preparación previa a la intervención. Es importante.

Dieta líquida

- El recomendable beber un **cantidad adecuada de líquidos durante primeros días.**
- No debe utilizarse "paja" para prevenir tragar aire durante la aspiración del líquido.
- Los líquidos deben ser fríos o templados en la primera semana.

Tratamiento médico

- Durante los primeros días es recomendable tomar un analgésico para reducir las molestias y favorecer la movilización adecuada
- Debe lavar las heridas con agua y jabón y secarlas con el secador de pelo con aire frío, aplicar una solución de iodo

PRIMER CONTROL EN CONSULTA

- En el control se valorará su estado clínico.
- Se le darán pautas nuevas de medicación.
- Se revisarán las heridas y se retirarán los puntos de piel
- Es recomendable no realizar esfuerzos que comprometan el abdomen
- Se le visitará por la nutricionista para iniciar las pautas de progresión alimenticia.

RECOMENDACIONES GENERALES DE NUTRICIÓN

- Comer despacio y masticar bien hasta que la consistencia sea pastosa
- Debe tardar entre 20 y 30 minutos para efectuar cada comida,
- Cuente el número de veces que mastica cada mordedura. Apunte hacia 30.
- Explique por qué Ud debe comer despacio a miembros de la familia
- Tome mordiscos pequeños de comida.
- Aprenda a saborear cada mordisco, fijándose en su sabor y textura.
 - Escuche su estómago. Cuando tenga sensación de plenitud debe pararse de comer
- Comidas con alimentos de baja consistencia y textura son necesarias si tiene
- Cuide su dentadura para poder masticar correctamente.
 - La progresión en los alimentos será acompañada por el cirujano.

RESUMEN DE LA FASE DE PROGRESIÓN EN LA DIETA

Dieta líquida primera semana

- Dieta líquida con líquidos claros como agua, infusiones tipo manzanilla o poleo menta, zumos diluidos o caldos claros. Recuerde incorporar las proteínas en polvo.
- A partir del 3er día y con una duración aproximada hasta los 10 días.
- Leche desnatada
- Yogurt líquido desnatado
- Bebidas de soja
- Sopas claras
- Zumos de fruta y de verdura (diluidos con agua)

Fase de progresión alimenticia

- Estas fases pueden iniciarse al cabo de unas semanas tras la cirugía, según la tolerancia individual, siempre que se toleren sin problemas los alimentos de la fase anterior y su duración será personalizada.
- Las recomendaciones nutricionales serán pautadas por el cirujano

Cambio de estilo de vida

- **Modificar sus hábitos dietéticos.** Es recomendable comer lentamente

- Al iniciar dieta sólida mastique los alimentos de modo suficiente.
- Fraccione su dieta en 5-6 tomas.
- Limite grandes cantidades de alimentos para evitar el atragantamiento y la parada de bocado. Añada sorbos de agua.

FASE DE RECUPERACIÓN

- La mayor parte de pacientes se recuperan en 10-15 días tras la cirugía
- La vuelta al trabajo dependerá de la carga física del mismo. Si su trabajo es sedentario podrá incorporarse en una semana
- Es recomendable no conducir durante los primeros 10 días tras la cirugía para prevenir maniobras bruscas imprevisibles
- Las visitas se harán más espaciadas y finalmente, de forma anual durante el tiempo que precise. En caso de tratarse de un esófago de Barrett, al año de la cirugía realizará una fibrogastroscopia.