

# GOBIERNO FEDERAL



**SALUD**

**SEDENA**

**SEMAR**

## Guía de referencia rápida

**Diagnóstico y tratamiento quirúrgico  
de la enfermedad por reflujo  
gastroesofágico en el adulto**

# GPC

**Guía de Práctica Clínica**

Catálogo Maestro: **SS-012-08**

CONSEJO DE  
SALUBRIDAD GENERAL



**DIF**  
SISTEMA NACIONAL  
PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA



**Vivir Mejor**

## **K210 Enfermedad por reflujo gastroesofágico**

### **Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en el adulto**

**GPC**

**ISBN en trámite**

#### **DEFINICIÓN**

Recientemente, un grupo de consenso internacional ha propuesto una nueva definición de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), basándose en revisiones sistemáticas de la literatura. La ERGE se considera como la “condición que aparece cuando el reflujo del contenido del estómago produce síntomas molestos y/o complicaciones” (definición de Montreal).

En el último consenso de Montreal se aprobó un cambio conceptual en la clasificación de las manifestaciones y síndromes relacionados con la ERGE. Las manifestaciones se han dividido en esofágicas y extraesofágicas.

#### **ENDOSCOPIA**

- La ERGE puede ocurrir con síntomas o ser asintomática y presentar o no lesiones de la mucosa esofágica
- La gravedad y duración de los síntomas, los hallazgos en la endoscopia y el tiempo de exposición del esófago al ácido no muestran una relación directa
- Se debe realizar una endoscopia para:
  - Confirmar o descartar una esofagitis aun cuando los síntomas típicos de pirosis y regurgitación sean predominantes
  - Ante la sospecha de una estenosis de esófago, un esófago de Barrett o un adenocarcinoma de esófago
  - Ante la presencia de signos o síntomas de alarma de complicación de la ERGE (disfagia, vómito persistente, hemorragia gastrointestinal, anemia ferropénica, pérdida de peso no intencionada o una tumoración epigástrica)

Los resultados de la endoscopia clasifican a la ERGE en enfermedad erosiva y no erosiva (Clasificación de los Ángeles o Savary Miller). Se estima que de 30% a 70% de los pacientes con síntomas típicos de ERGE no presentan ninguna lesión en el momento en que se realiza la endoscopia.

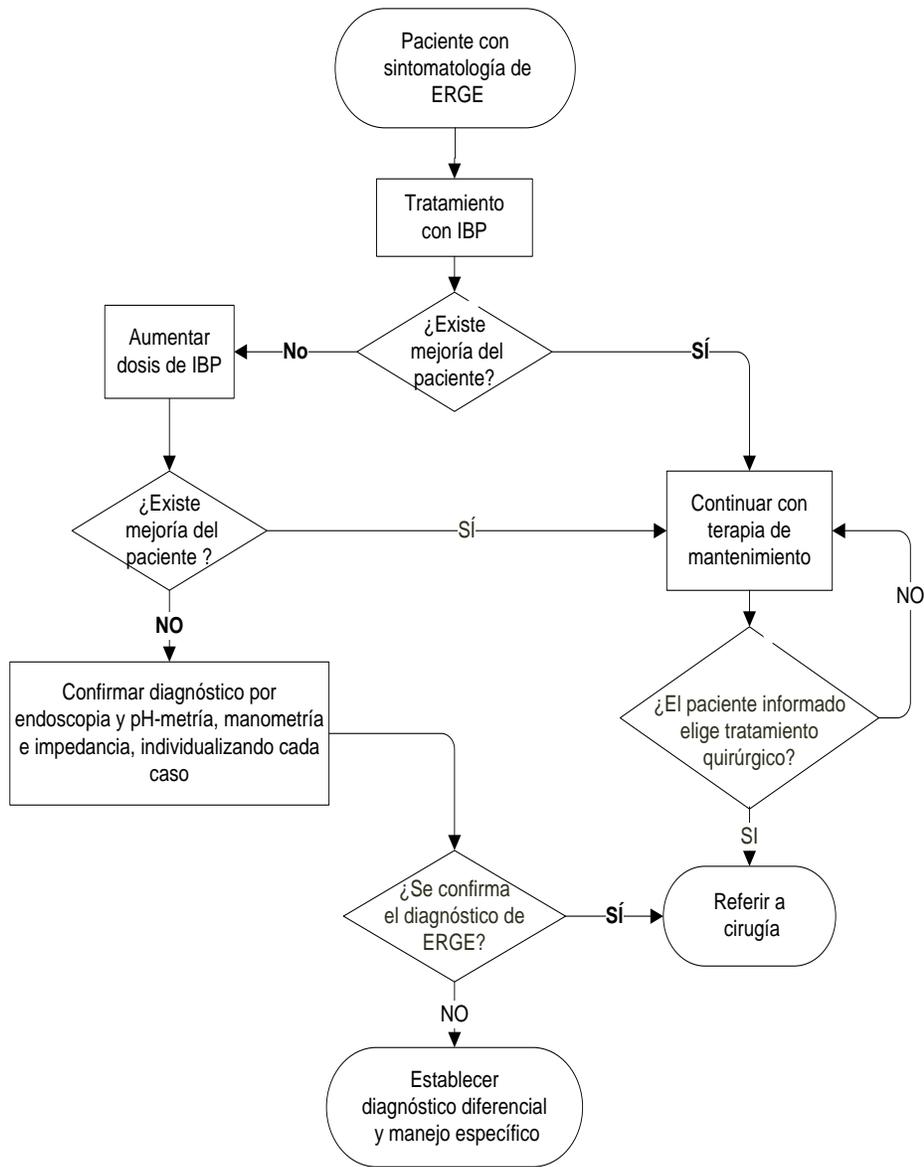
## OTROS ESTUDIOS

- La sensibilidad (26%) y especificidad (50%) del esofagograma con bario son muy bajas, comparadas con la endoscopia. En la actualidad el esofagograma no se considera una prueba diagnóstica de la ERGE
- Se debe realizar una pH-metría para investigar la presencia de reflujo en pacientes que no responden al tratamiento empírico o en quienes no se observan lesiones de esofagitis durante la endoscopia. Una alternativa de pH-metría es la sonda inalámbrica Bravo (Bravo™, Medtronic, Shoreview, MN), considerada equivalente a la sonda con catéter
- Cuando la disfagia no se diagnostica satisfactoriamente con la endoscopia, se recomienda usar la manometría esofágica para descartar algún trastorno motor primario
- El estudio por impedancia del esófago ha demostrado ser más sensible que la manometría y la pH-metría esofágica para la detección de episodios de reflujo. De igual manera, ha mostrado su utilidad en la valoración del reflujo no ácido y débilmente ácido

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- La funduplicatura por vía laparoscópica es el estándar de oro actual cuando está indicado el tratamiento quirúrgico de la ERGE. Existe evidencia de que el tratamiento quirúrgico por medio de una funduplicatura laparoscópica es más efectivo que el tratamiento médico a corto y mediano plazo
- La cirugía antirreflujo deberá plantearse en los siguientes casos:
  - El fracaso del tratamiento médico (recidivas frecuentes, intolerancia al tratamiento farmacológico)
  - Un paciente joven (25 a 35 años)
  - El deseo expreso e informado del paciente
- La opción del tratamiento quirúrgico debe personalizarse y los enfermos deben estar informados de los beneficios y riesgos de las diferentes opciones quirúrgicas
- La presencia de esófago de Barrett, según el riesgo quirúrgico del enfermo, es indicación de funduplicatura por la alta incidencia de hernia hiatal, disfunción del esfínter esofágico inferior (EEI), reflujo duodeno-pancreático y requiere altas dosis de IBP
- Los pasos estandarizados para la técnica de Nissen son:
  - a) Apertura del ligamento freno–esofágico de izquierda a derecha
  - b) Preservar la rama hepática del nervio vago
  - c) Disección de ambos pilares
  - d) Movilización del esófago para alcanzar 3 cm de esófago intragástrico
  - e) Corte de vasos gástricos cortos
  - f) Cierre de pilares con sutura no absorbible
  - g) Formación de funduplicatura de 1.5 a 2 cm
  - h) Colocación de dilatador esofágico al momento de realizar la funduplicatura

## DIAGRAMA DE FLUJO 1 Diagnóstico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico



## DIAGRAMA DE FLUJO 2 Tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico

