



PREVALENCIA Y PATOFISIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA SEGÚN LOS NUEVOS CRITERIOS DEL CONSENSO DE LYON

S. Carrión Bolorino^{1,2}, X. Suñol Sala³, P. Clavé Civit^{1,2,3}, E. Mans Muntwyler⁴, E. Sánchez Sáez⁴, L. Mundet Pons^{1,2} y X. Suñol Sala⁴

¹Unidad de exploraciones funcionales digestivas; ³Servicio de Aparato Digestivo; ⁴Servicio de Cirugía General, Hospital de Mataró. ²Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBEREHD).

Resumen

Introducción: La obesidad mórbida (OM) se asocia con la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) sin conocerse la fisiopatología específica en esta población. Nuestro objetivo ha sido el de evaluar la prevalencia de ERGE y su fisiopatología en pacientes con OM de acuerdo a los parámetros establecidos por el reciente consenso de Lyon (pH-impedancia) para el diagnóstico de la ERGE.

Métodos: Se realizó evaluación de los síntomas de RGE mediante el Carlsson-Dent Questionnaire (CDQ). A todos los pacientes se les realizó una fibrogastroscofia, una manometría de alta resolución (HRM) y pH-impedanciometría 24 horas, estableciéndose el diagnóstico de ERGE según la presencia de un tiempo de exposición ácida (AET) > 6% del total.

Resultados: Hemos evaluado 43 pacientes consecutivos con OM (51,04 ± 9,57 años) en lista de espera quirúrgica, 67,4% mujeres, con un IMC de 47,93% ± 6,37 Kg/m², presentando ERGE (AET > 6%) un 23,3% de ellos. No se evidenciaron diferencias significativas respecto a la clínica de ERGE, con una puntuación en el CDQ en el grupo con ERGE de 6,9 ± 2,12 (60% CDQ ≥ 4) y de 3,39 ± 0,85 (33,3% CDQ ≥ 4) en el grupo sin ERGE. Endoscópicamente, la prevalencia de hernia de hiato (HH) fue del 30% y esofagitis (grado A) del 10%, siendo similar en el grupo sin ERGE (21,2% presencia de HH y 6,1% esofagitis). La valoración de la unión esófago-gástrica mediante HRM mostró que los pacientes con ERGE respecto a los sin ERGE, no presentaban diferencias significativas según: a) la presión basal en reposo (9,4 ± 2,8 mmHg vs 11,12 ± 1,88 mmHg), b) la integral de la presión de la relajación (IRP 4,8 ± 1,2 mmHg vs 7,5 ± 0,93 mmHg) y c) la integral de la contracción de la UEG (37,10 ± 14,9 mmHg.cm vs 28,03 ± 4,4 mmHg.cm). En cambio, se evidenció una mayor prevalencia de HH tipo II y tipo III en el grupo con ERGE (60%) respecto al grupo sin ERGE (21%) mediante la HRM (p = 0,04)). Respecto a la motilidad del cuerpo esofágico, no se evidenciaron diferencias significativas entre los paciente con ERGE versus sin ERGE en: a) la integral de la contracción distal (CDI 1.030,88 ± 247 mmHg.s.cm vs 1328 ± 182 mmHg.s.cm), b) la reserva funcional del cuerpo esofágico (ratio DCI 5 × 2/CDI media 5 ml > 1 del 80% vs 51,6%) y c) la prevalencia de motilidad ineficaz según la clasificación de Chicago V3.0 (20% vs 21,2%). Según la pH-impedancia 24h, los pacientes con ERGE presentaban mayor número de episodios de reflujo (95,4 ± 15,7 vs 50,69 ± 5,9 (p = 0,003)), mayor duración de los episodios (42,2 ± 9,7 minutos vs 8,8 ± 1,4 minutos (p < 0,001))

y menor impedancia basal media nocturna (MNBI) ($1.658,63 \pm 357 \text{ Ohm}$ vs $2.712 \pm 27 \text{ Ohm}$ ($p < 0,042$).

Conclusiones: La ERGE es una condición muy prevalente en la población obesa en lista de espera quirúrgica. Ni la valoración clínica ni endoscópica permiten un diagnóstico específico, siendo la HRM la mejor técnica para el diagnóstico de las alteraciones morfológicas de la unión esófago-gástrica (HH) y la pH-impedanciometría para el diagnóstico de la ERGE.