



CARTA CIENTÍFICA

Diversión duodenal total laparoscópica en el tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico complicada



Laparoscopic total duodenal diversion in the treatment of complex gastroesophageal reflux disease

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una afección con prevalencia alta en nuestro país, y conlleva una alteración significativa en la calidad de vida de los pacientes. El tratamiento de la ERGE es fundamentalmente médico ya que la gran mayoría de los pacientes responden de forma adecuada al tratamiento conservador, basado en medidas generales y dietéticas, a las que se asocia habitualmente un tratamiento farmacológico con antiácidos, inhibidores de los receptores H₂ de histamina, inhibidores de la bomba de protones y procinéticos¹.

No obstante, la cirugía juega un papel importante en el tratamiento de la ERGE. En general, se podrían resumir las indicaciones de cirugía en el deseo de abandonar la medicación, la falta de adherencia, la presencia de efectos adversos, la esofagitis refractaria al tratamiento médico o la existencia de complicaciones (úlceras esofágicas, estenosis y esófago de Barrett). Las técnicas utilizadas son múltiples y variadas, siendo la más utilizada en la actualidad la funduplicatura laparoscópica. En caso de reflujo gastroesofágico complicado en las que la anatomía de la unión esófago gástrica (UEG) puede estar alterada debido a cirugías previas o por la presencia de complicaciones de la esofagitis, tales como una estenosis péptica o un esófago corto, se han descrito las dilataciones asociadas a cirugía antirreflujo convencional, la intervención de Collis y la asociación de esta a una funduplicatura de Nissen, las resecciones esofágicas con reemplazo total o parcial con estómago, yeyuno o colon, y la diversión duodenal total (DDT). Esta técnica, descrita en el año 1961, es recomendada por diversos grupos como técnica ideal para el tratamiento de la recidiva quirúrgica y algunas complicaciones de la ERGE.

Presentamos el caso de un varón de 72 años con antecedentes personales de colecistectomía e historia de reacciones alérgicas a inhibidores de la bomba de protones (IBP), anti-H₂ y domperidona, que consultó por pirosis de años de evolución, asociado a disfagia en los últimos meses.

La gastroscopia demostró una estenosis de 3-4 cm de extensión a 32 cm de la arcada dentaria, franqueable fácilmente con el endoscopio, con presencia de úlceras fibrinadas en toda la circunferencia, con 2 zonas de mucosa sobrelevada y aspecto adenomatoso en la estenosis, cuya biopsia informó de ulceración inespecífica (figs. 1A y B). Se realizó estudio funcional que confirmó la existencia de reflujo con hipomotilidad esofágica. Dada la imposibilidad de utilizar IBP o anti-H₂ se inició tratamiento con Ziverel® (ácido hialurónico y sulfato de condroitina). En la revisión a los 2 meses, el paciente refirió persistencia de la clínica y en la gastroscopia de control se apreciaron los mismos hallazgos, por lo que se decidió tratamiento quirúrgico. Ante la existencia de estenosis, trastorno motor asociado y la dificultad de manejo en caso de recidiva por las alergias farmacológicas, se decidió realizar una diversión duodenal total mediante laparoscopia.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria, siendo alta al 6.º día postoperatorio. En la actualidad, tras 18 meses desde la cirugía, el paciente se encuentra asintomático, con gastroscopia de control, y sin evidencia de lesiones (figs. 1C y D).

La derivación duodenal total descrita por Holt y Large consiste en la realización de una vagotomía troncular bilateral, antrectomía y reconstrucción del tránsito mediante una anastomosis gastro-yeyunal, en la que el asa en Y de Roux mide 70 cm de longitud, con la intención de asegurar que el contenido gástrico no sea ácido ni alcalino, debido a la longitud del asa en Y de Roux que evita todo riesgo de reflujo biliar hacia el muñón gástrico.

La DDT ha sido utilizada en pacientes con recurrencia de los síntomas después de una operación antirreflujo clásica^{2,3}, en ERGE asociada a trastorno motor esofágico grave o esclerodermia, e incluso se ha propuesto como una operación primaria para esófago de Barrett complicado con úlcera o estenosis.

En 1996 Fekete et al.⁴ al publicaron una serie con 107 pacientes operados con regresión de la esofagitis a los 3 meses en el 89% y pHmetría posprandial con control del reflujo en el 92% de los casos. La mayoría de los estudios prospectivos comparativos más recientes, con una evaluación clínica y objetiva con endoscopia e histología, han sido realizados en pacientes con esófago de Barrett, demostrando un éxito del 95% después de la DDT y del 65% después de la funduplicatura de Nissen ($p < 0,01$)^{2,3}.

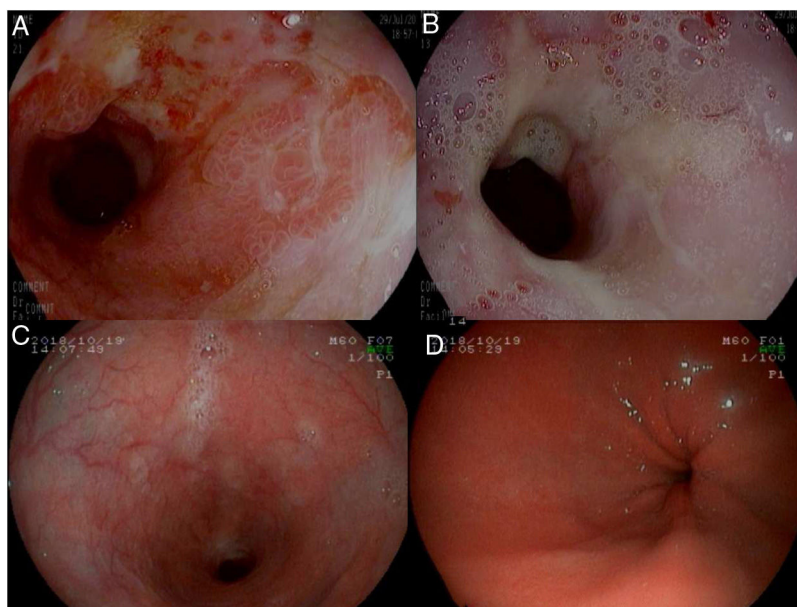


Figura 1 A y B) Gastroscopia inicial. Estenosis de 3-4 cm de extensión que es franqueable con el endoscopio, con presencia de úlceras fibrinadas en toda la circunferencia (A), y 2 zonas de mucosa sobreelevada y aspecto adenomatoso (B). C y D) Gastroscopia de control a los 12 meses de la cirugía, sin evidencia de lesiones.

Esta técnica implica una resección gástrica y anastomosis gastroyeyunal en Y de Roux, por lo que sus complicaciones están asociadas con los síndromes postgastrectomía conocidos (síndrome de Dumping precoz y tardío, diarrea, coleditiasis y síndrome del asa de Roux). Sin embargo, la frecuencia de aparición es baja, así como la mortalidad (0-1,8%). Además, la precisión en la técnica quirúrgica que aporta la disección laparoscópica podría reducir aun más estas complicaciones⁵.

En conclusión, la DDT no constituye el tratamiento quirúrgico estándar del paciente con ERGE. Sin embargo, en casos seleccionados, resulta preferible a los procedimientos que incluyen resección esofágica debido a sus buenos resultados y su baja morbimortalidad. La realización de la técnica mediante laparoscopia presenta además los beneficios propios de un abordaje mínimamente invasivo, especialmente en síntomas locales, generales, posibles reoperaciones y calidad de vida.

Bibliografía

1. Manterola C, Gutierrez R. Diversión duodenal total: Una opción quirúrgica en pacientes con ERGE complicada. *Rev Chil Cir.* 1999;51:497-502.
2. Braghetto I, Csendes A, Burdiles P, Botero F, Korn O. Results of surgical treatment for recurrent postoperative gastroesophageal reflux. *Dis Esophagus.* 2002;15:315-22.
3. Braghetto I, Csendes A, Burdiles P, Korn O, Compan A, Guerra JF. Barrett's esophagus complicated with stricture: Correlation between classification and the results of the different therapeutic options. *World J Surg.* 2002;26:228-1233.
4. Fekete F, Kabbej M, Sauvanet A. Total duodenal diversion in the treatment of complex peptic esophagitis. *Chirurgie.* 1996;121:326-8.
5. Braghetto I, Csendes A, Figueroa M, Lasnibat JP, Vásquez J, Torres R, et al. Cirugía de supresión ácida y derivación duodenal laparoscópica vs abierta en esófago de Barrett extenso: resultados y complicaciones a corto y largo plazo. *Rev Chil Cir.* 2017;69:452-8.

Elena Romera Barba*, María Inmaculada Navarro García, Rafael González-Coste Martínez, Nuria María Torregrosa Pérez y José Antonio García Marcilla

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España

* Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: percentila@hotmail.com
 (E. Romera Barba).