

Estudio funcional de la ERGE. Caso clínico.

Dr. M. Rodríguez-Téllez ^{1,2}

Dra. M.J. González Mariscal²

1.- UGC Digestivo Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

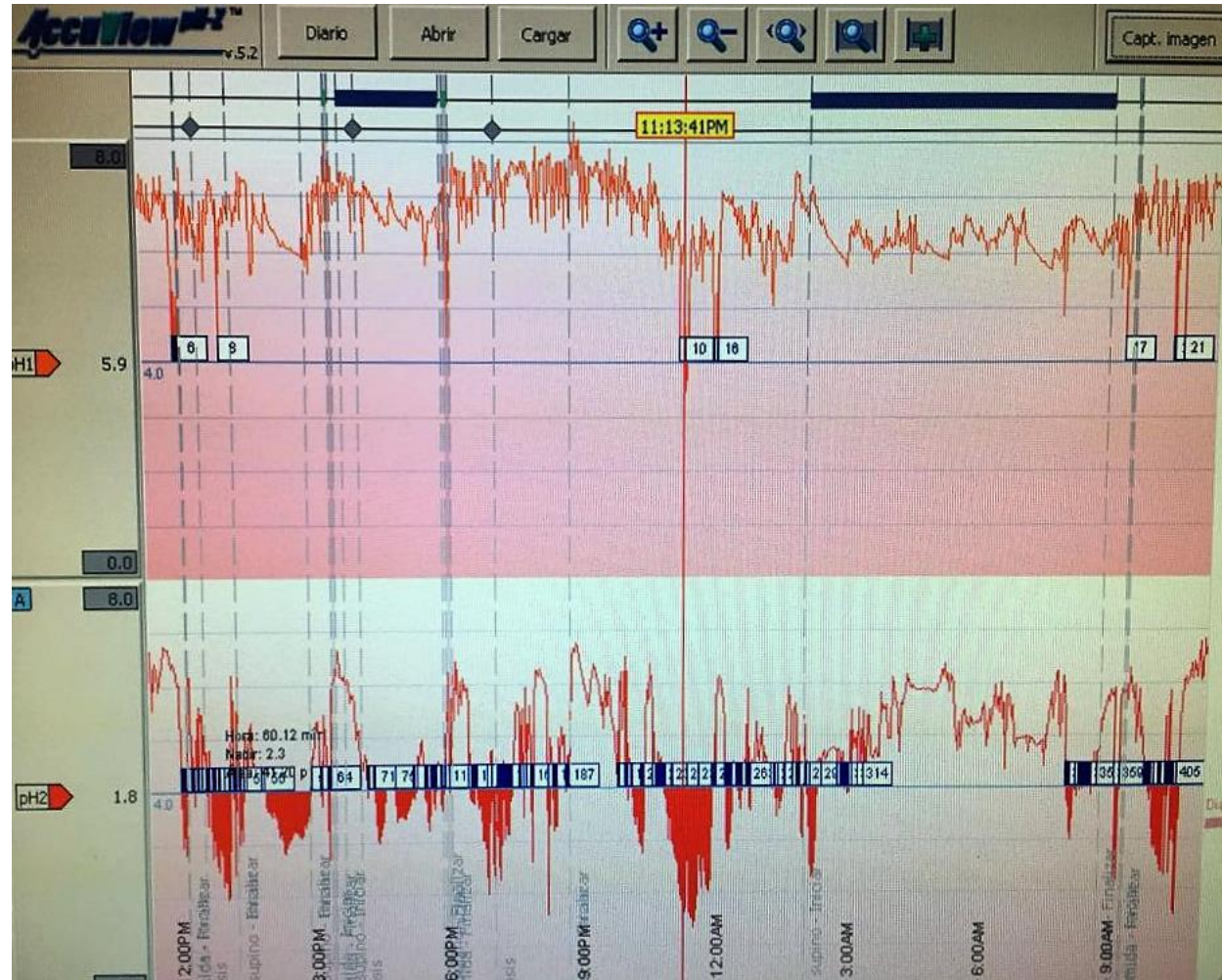
2.- Unidad Digestivo-Endoscopias Clínica Arenal. Sevilla.



Historia clínica

- ▶ Mujer de 34 años de edad con antecedentes de obesidad mórbida, HTA y síndrome de Apnea del sueño.
- ▶ Se realiza gastrectomía vertical en 2014, con pérdida de 25 kg de peso en el año siguiente a la intervención, permaneciendo posteriormente estable.
- ▶ Al año de la cirugía presenta pirosis continuas, que controla con 20 mg de Omeprazol y reaparece al suspenderlo por lo que se realiza pHmetría de doble canal y manometría de alta resolución.

pHmetría de doble canal

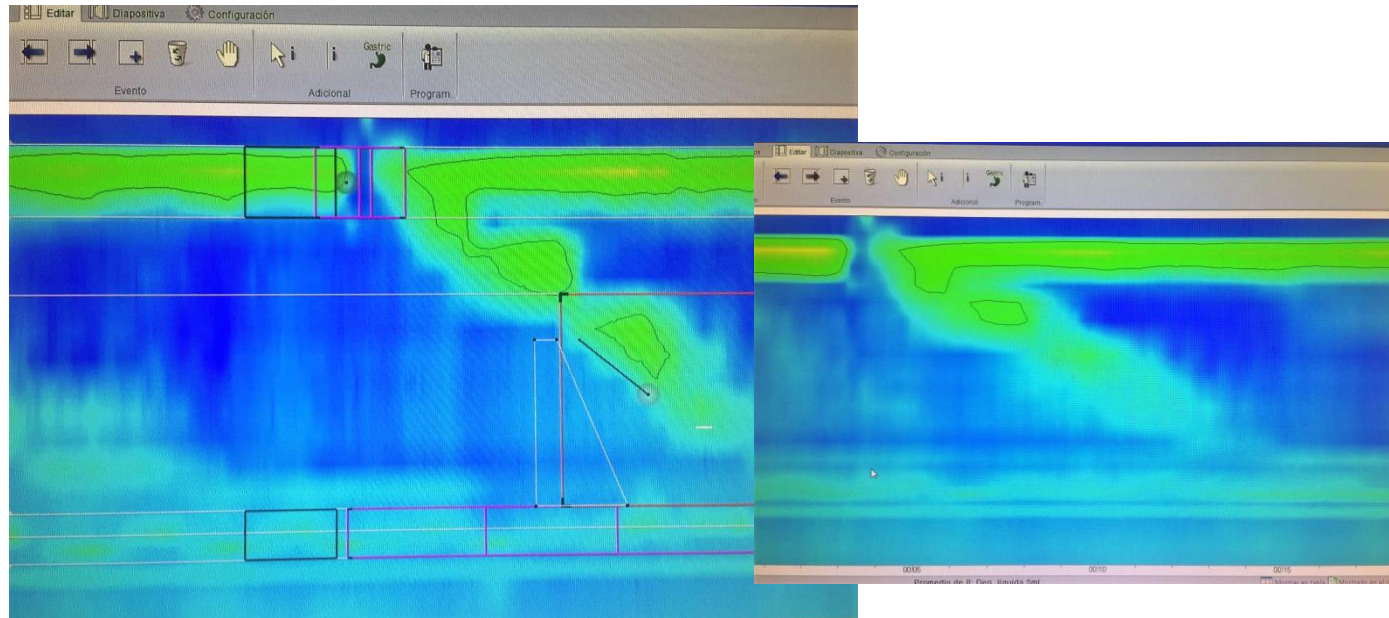


pHmetría de doble canal

Electrodos separados 15 cm, apreciándose los siguientes porcentajes de pH < 4 totales, en bipedestación y en supino:

- ▶ Canal proximal: 0.4, 0.7, 0.0
- ▶ Canal distal: 3.5, 39.6, 18.3
- ▶ Se observan 7 reflujos largos, siendo el más prolongado de 1 hora de duración.
- ▶ Índice de DeMeester: 113.3.
- ▶ Ha referido 3 episodios de pirosis postprandiales no coincidiendo con acidificación patológica.
- ▶ DIAGNÓSTICO: Reflujo gastroesofágico ácido patológico severo.

Manometría de alta resolución



Manometría de alta resolución

- ▶ Configuración de la zona de alta presión de la unión esofagogástrica en pico único, con presión de reposo espiratoria del EEI de 14 mmHg, borde superior situado a 40 cm de la fosa nasal, con presencia de relajaciones completas. Presión de relajación integrada (4sg) de 8.7 mmHg. Integridad peristáltica débil en el 100%. Patrón de contracción normal en el 100%. Patrón de presión intrabolos normal en el 100%. Integral contráctil distal (DCI) media 95 mmHg.sg.cm. Velocidad del frente contráctil 3.1 cm/sg. Defectos peristálticos 6.7 cm. Latencia distal 6.8 sg. EES con presión basal de 89 mmHg, con relajaciones completas. Coeficiente de sinergia faringo-esfinteriana normal.
- ▶ DIAGNÓSTICO:
 - ▶ EEI normotenso.
 - ▶ Cuerpo esofágico: Motilidad esofágica ineficaz severa.
 - ▶ EES: normotenso.

Diagnóstico

- ▶ Reflujo gastroesofágico ácido severo.
- ▶ Motilidad esofágica ineficaz severa.

Pregunta 1

1.- Que opción terapéutica considera más adecuada, como primera opción.

- a) Medidas higiénico-dietéticas.
- b) Asociar antiH2 y antiácidos al tratamiento con IBP.
- c) Optimizar dosis de IBP, más procinéticos, más dieta.
- d) Realizar cirugía antirreflujo.
- e) By-pass gástrico.

Pregunta 2

2.- En caso de la existencia de un esófago de Barrett previo a la cirugía de la obesidad, que opción le parece correcta.

- a) Contraindica la realización de cirugía bariátrica.
- b) La gastrectomía vertical es una opción adecuada.
- c) La técnica quirúrgica más recomendada sería la realización de un by-pass gástrico.
- d) Es preceptivo realizar previo a la cirugía ablación del esófago de Barrett.
- e) c y d son correctas.

Pregunta 3

3.- En relación con la patología que presenta la paciente que afirmación es incorrecta.

- a) La obesidad contribuye a la existencia de RGE patológico por aumento de la presión abdominal.
- b) La modificación del ángulo de His gástrico, derivada de la gastroplastia vertical, puede contribuir al desarrollo de reflujo.
- c) La alteración de la motilidad esofágica que presenta la paciente puede estar condicionada por el daño crónico por el ácido en esófago distal.
- d) Un DCI medio de 95 mmHg. sg. cm. define la existencia de contracciones peristálticas débiles.
- e) Todas son correctas.

Respuestas correctas

► Pregunta 1: C.

La paciente presenta reflujo que controla parcialmente con 20 mg de IBP por lo que previo a plantear reconvertir la cirugía sería conveniente insistir en el cumplimiento de la dieta, optimizar la dosis de IBP, utilizando dosis dobles o incluso superiores, o plantando cambiar a IBP con metabolismo más lento o con mayor rapidez de acción y valorar añadir procinéticos como tratamiento adyuvante.

Respuestas correctas

► Pregunta 2: C.

La existencia de un esófago de Barrett no contraindica la realización de cirugía bariátrica pero deben utilizarse técnicas que no favorezcan el reflujo por lo que la realización de una manga gástrica no sería una opción adecuada, siendo más una opción más correcta un by-pass gástrico. La realización de ablación va a venir condicionada por la existencia o no de displasia.

Respuestas correctas

- ▶ Pregunta 3: *D*
- ▶ Tanto el aumento de la presión abdominal como la modificación de la anatomía de la unión esofagogástrica son mecanismos descritos en la etiopatogenia del reflujo.
- ▶ La enfermedad por reflujo gastroesofágico es la situación clínica que con mayor frecuencia se asocia a alteraciones motoras del esófago.
- ▶ Contracción débil: DCI 100-450 mmHg. sg. cm.
- ▶ Peristalsis interrumpida: DCI <100 mmHg. sg. cm.