



P-167 - ERUCTO SUPRAGÁSTRICO Y ERGE: UNA ENTIDAD A CONOCER POR LOS CIRUJANOS. REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA A PROPÓSITO DE UN CASO

Nieto Barros, Víctor; Urzay Gutiérrez, Marta; de la Fuente Bartolomé, Marta; Vieiro Medina, María Victoria; Alonso Murillo, Laura; Rihuete Caro, Cristina; García Vásquez, Carlos; Jiménez de los Galanes Sánchez-Marchán, Santos Francisco

Hospital Infanta Elena, Valdemoro.

Resumen

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 42 años sin antecedentes remitido a consulta de cirugía para valorar intervención por clínica de eructos frecuentes. En pruebas complementarias presentaba diagnóstico endoscópico de reflujo (esofagitis tipo D de los Ángeles con estudio patológico sin alteraciones histológicas relevantes) y en el TAC presentaba una pequeña hernia de hiato por deslizamiento. El paciente presentaba eructos de repetición cada escasos segundos muy limitantes para su calidad de vida. Sin mejoría tras tratamiento con cinitaprida y domperidona. El paciente no refería pirosis, disfagia, síndrome general ni otra clínica asociada. Durante la noche la sintomatología remitía. Asocia el inicio del cuadro a una infección por SARS-CoV-2. Se realizó en consultas una impedanciometría que describía eructos supragástricos (ESG) y que evidenciaba también presencia de ERGE (DeMeester 26). Se describieron 193 episodios de reflujo todos ellos de origen craneal a la unión esogafogástrica (UEG). Se apreció un incremento patológico del número de episodios de reflujo gaseoso que iban precedidos de columnas de gas en sentido descendente que no sobrepasaban la UEG.

Discusión: Se calcula que aproximadamente el 41% de los pacientes con ESG presentan además reflujo ácido patológico y que en otro 40% los pacientes asocian hipomotilidad esofágica. Aun así, en muchos casos el ESG es una entidad da causa incierta que, aunque raro y tal como le ocurre a nuestro paciente, puede presentarse como síntoma aislado (menos del 5%). Se cree que el inicio de la clínica puede ser debido a situaciones de desconfort abdominal tipo distensión y posteriormente cronificarse. Respeta sueño y mejora con maniobras de distracción. Es, por tanto, sabido que el ESG es un comportamiento adquirido con clara influencia de factores psicológicos en el que los pacientes aspiran el aire bucal o faríngeo para expulsarlo posteriormente sin que este alcance el estómago. La relación entre ESG y ERGE es compleja ya que el origen del reflujo es multifactorial (hernia de hiato, hipopresión del EEI...), pero al evidenciar exposición ácida esofágica inmediatamente después del ESG existe la hipótesis de que este pueda tener un papel en la etiopatogénesis del ERGE. El manejo de esta entidad incluye informar al paciente de que no hay motivo orgánico que origine sus síntomas y de que al ser un desorden del comportamiento el tratamiento pasa por terapia conductual, psicológica y rehabilitación foniátrica y logopédica. En algunos casos el Baclofen ha presentado buenos resultados. Tras iniciar omeprazol 40/12 h la esofagitis de nuestro paciente remitió a grado B. El paciente se encuentra en estos momentos recibiendo terapia por parte de foniatria y psiquiatría. Los eructos son un motivo frecuente de consulta en la práctica clínica. Es importante realizar un estudio preoperatorio completo que incluya en este tipo de casos una impedanciometría y discernir así entre eructo gástrico y supragástrico. No debemos achacar unilateralmente a la ERGE el origen de esta sintomatología y menos aún aportar tratamiento quirúrgico en los ESG.