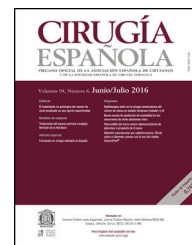




# CIRUGÍA ESPAÑOLA

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## Editorial

## Reflujo obesidad y cirugía bariátrica

## Obesity reflux and bariatric surgery



Muchas veces se nos olvida que el reflujo gastroesofágico (RGE), la esofagitis, e incluso el esófago de Barret (EB), son enfermedades frecuentes en el paciente obeso. El proceso inflamatorio asociado a la obesidad, la presión abdominal excesiva por la obesidad troncular y la debilidad de los pilares diafragmáticos por el sedentarismo, se encuentran entre las causas más aceptadas<sup>1,2</sup>. Es más, por su origen multifactorial, deberíamos referirnos a él como enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y, además, considerarlo como una comorbilidad más del paciente obeso.

Cuando el paciente obeso con ERGE pierde peso, igual que sucede, por ejemplo, con la diabetes tipo II o la hipertensión, puede curar, mejorar o persistir dicho ERGE.

Pero cuando sometemos a este paciente obeso con ERGE a una cirugía bariátrica, las cosas se complican más, especialmente si utilizamos técnicas quirúrgicas que *per se* facilitan el RGE. Estas técnicas en estos pacientes, podrían generar un efecto que incluso contrarreste negativamente, el beneficio global de la cirugía bariátrica en términos de pérdida de peso, mejora de las comorbilidades y calidad de vida.

Este problema se ha descrito y es especialmente preocupante en la técnica quirúrgica más utilizada hoy en día a nivel mundial: la gastrectomía vertical (GV). En ella es muy frecuente el RGE durante los primeros meses postoperatorios, con una progresiva mejoría posterior con la pérdida de peso y el aprendizaje del paciente.

Sin embargo, los pacientes con disfunción del cardias antes de la GV, tienen síntomas mucho más severos durante este periodo de adaptación, y que no siempre se resuelven con los meses, y acaban precisando tratamiento antiácido crónico.

Tampoco hemos de olvidar el RGE *de novo* en los pacientes sometidos a GV, con el paso de los años. Esto podría ser debido, entre otros factores, a los cambios en la anatomía del hiato que causan la migración de la línea Z<sup>3</sup>, o por la dilatación del fundus y el cardias, en relación con la reganancia de peso<sup>4</sup>.

De esta manera, comprobamos que el cirujano bariátrico tiene «en su mano» el poder resolver la ERGE del paciente obeso, pero también el riesgo de empeorarla o incluso generarla *de novo* a largo plazo. En este contexto, es evidente

que el estudio previo y detallado de los pacientes, con estudios funcionales en caso de ERGE, nos ayudará a seleccionar una técnica quirúrgica adecuada para el paciente, sin olvidarnos de un seguimiento adecuado a largo plazo teniendo presente el posible RGE *de novo*, incluso asintomático.

Así la situación, nos planteamos, ¿cómo puede intervenir sobre la ERGE asociada a la obesidad el cirujano bariátrico? Ante un paciente con obesidad y RGE asociado a una hernia de hiato (HH), el cirujano puede tratar quirúrgicamente la HH, con posibilidades de curación inicialmente altas, incluso utilizando técnicas como la GV.

Si el paciente obeso tiene RGE por disfunción del cardias sin HH, algunos autores han propugnado optar por una GV asociada a técnicas antirreflujo como Nissen o gastropexias asociadas, aunque otros autores publican que son causa de empeoramiento de la calidad de vida y limitaciones en una posible cirugía de revisión<sup>5-7</sup>. Sin embargo, puede ser una herramienta necesaria para ciertos pacientes en los que debe evitarse una cirugía mixta o malabsortiva, y padece una ERGE asociado a la obesidad.

Pero, en general, ante la duda sobre si vamos a ser capaces de resolver la ERGE a un paciente, evitando seguimientos preocupantes a largo plazo y mermas en su calidad de vida, debemos valorar el *bypass* gástrico en Y de Roux, como la solución segura y aceptada por los autores.

Por tanto, permítanme insistir una vez más, es imprescindible estudiar bien al paciente, y las pruebas funcionales del hiato (pH-metría, manometría) deberían de considerarse siempre que exista una esofagitis sin HH o infección por *Helicobacter pylori* que la justifiquen<sup>8-10</sup>. Su resultado nos ayuda a conocer mejor el origen del RGE, y con ello decidir sobre la técnica más adecuada para intentar no solo curar la ERGE, sino prevenir el reflujo *de novo* con el paso de los años.

No debemos olvidarnos la obesidad es una enfermedad crónica, y que la cirugía bariátrica no es curativa, y obliga a un seguimiento a largo plazo, y a un compromiso con el paciente. Las noticias sobre esofagitis severa, EB y posible adenocarcinoma esofágico tras cirugía bariátrica, además de las publicaciones sobre una alta tasa de pacientes con RGE ácido

asintomático postoperatorio a los años de la cirugía, han alertado a la comunidad científica y ha planteado la necesidad de la revisión sistemática de los pacientes, recomendando la realización gastroscopia en todos los pacientes<sup>11,12</sup>.

No olvidemos por último, el problema del reflujo biliar, no desdeñable en técnicas como el *bypass* de una sola anastomosis, el SADI-S y otras técnicas derivativas menos aceptadas.

En el presente monográfico, autores de gran prestigio en su campo, nos aportarán luz y conocimiento, sobre este reto al que nos enfrentamos todos los profesionales dedicados al paciente bariátrico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. de Mello del Grande L, Herbella FAM, Katayama RC, Lima WG, Patti MG. Transdiaphragmatic Pressure Gradient (TPG) Has a Central Role in the Pathophysiology of Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) in the Obese and it Correlates with Abdominal Circumference but Not with Body Mass Index (BMI). *Obes Surg.* 2020;30:1424-8. <http://dx.doi.org/10.1007/s11695-019-04345-x>.
2. Ryan AM, Healy LA, Power DG, Byrne M, Murphy S, Byrne PJ, et al. Barrett esophagus: Prevalence of central adiposity, metabolic syndrome, and a proinflammatory state. *Ann Surg.* 2008;247:909-15. <http://dx.doi.org/10.1097/SLA.0b013e3181612cac>.
3. Termine P, Boru CE, Iossa A, Ciccioriccio MC, Campanelli M, Bianciardi E, et al. Transhiatal Migration After Laparoscopic Sleeve Gastrectomy: Myth or Reality? A Multicenter Retrospective Study on the Incidence and Clinical Impact. *Obes Surg.* 2021;31:3419-26. <http://dx.doi.org/10.1007/s11695-021-05340-x>.
4. Ferrer JV, Acosta A, García-Alementa EM, García AT, del Castillo D, Espelta MV, et al. High rate of de novo esophagitis 5 years after sleeve gastrectomy: A prospective multicenter study in Spain. *Surg Obes Relat Dis.* 2022;18:546-54. <http://dx.doi.org/10.1016/j.soard.2021.11.011>.
5. Sánchez-Pernaute A, Talavera P, Pérez-Aguirre E, Domínguez-Serrano I, Rubio MÁ, Torres A. Technique of Hill's Gastropexy Combined with Sleeve Gastrectomy for Patients with Morbid Obesity and Gastroesophageal Reflux Disease or Hiatal Hernia. *Obes Surg.* 2016;26:910-2. <http://dx.doi.org/10.1007/s11695-016-2076-5>.
6. Carandina S, Zulian V, Nedelcu A, Danan M, Vilallonga R, Nocca D, et al. Is It Safe to Combine a Fundoplication to Sleeve Gastrectomy? Review of Literature. *Medicina (Kaunas).* 2021;57:392. <http://dx.doi.org/10.3390/medicina57040392>.
7. Klaus A, Weiss H. Is preoperative manometry in restrictive bariatric procedures necessary? *Obes Surg.* 2008;18:1039-42. <http://dx.doi.org/10.1007/s11695-007-9399-1>.
8. Braghetto I, Lanzarini E, Korn O, Valladares H, Molina JC, Henríquez A. Manometric changes of the lower esophageal sphincter after sleeve gastrectomy in obese patients. *Obes Surg.* 2010;20:357-62. <http://dx.doi.org/10.1007/s11695-009-0040-3>.
9. Felsenreich DM, Artemiou E, Wintersteller L, Jedamzik J, Eichelter J, Gensthaler L, et al. Fifteen Years after Sleeve Gastrectomy: Gastroscopies, Manometries, and 24-h pH-Metries in a Long-Term Follow-Up: A Multicenter Study. *Obes Facts.* 2022;15:666-73. <http://dx.doi.org/10.1159/000526170>.
10. Felsenreich DM, Ladinig LM, Beckerhinn P, Sperker C, Schwameis K, Krebs M, et al. Update: 10 Years of Sleeve Gastrectomy-the First 103 Patients. *Obes Surg.* 2018;28:3586-94. <http://dx.doi.org/10.1007/s11695-018-3399-1>.
11. Genco A, Soricelli E, Casella G, Maselli R, Castagneto-Gissey L, di Lorenzo N, Basso N. Gastroesophageal reflux disease and Barrett's esophagus after laparoscopic sleeve gastrectomy: A possible, underestimated long-term complication. *Surg Obes Relat Dis.* 2017;13:568-74. <http://dx.doi.org/10.1016/j.soard.2016.11.029>.
12. Soricelli E, Casella G, Baglio G, Maselli R, Ernesti I, Genco A. Lack of correlation between gastroesophageal reflux disease symptoms and esophageal lesions after sleeve gastrectomy. *Surg Obes Relat Dis.* 2018;14:751-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.soard.2018.02.008>.

José Vicente Ferrer Valls

Clínica Obésitas, Hospital Vithas 9 de Octubre, Valencia, España

Correo electrónico: [jvferrer@me.com](mailto:jvferrer@me.com)

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2023.02.001>  
0009-739X/

© 2023 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.