



11209  
248  
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**HOSPITAL GENERAL DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ**

**I. S. S. S. T. E.**

**FUNDUPLICATURA DE NISSEN CON VARIEDAD  
A 270°, SUS COMPLICACIONES Y PREVENCION**

# **T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA  
ESPECIALIDAD DE:**

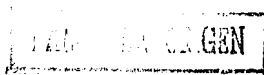
**CIRUGIA GENERAL**

**PRESENTA EL MEDICO CIRUJANO:**

**ALBERTO RAFAEL ANDRADE HERNANDEZ**

**ASESOR DE TESIS:**

**DR. JOSE J. VALENCIA DEL RIEGO**



**1986**



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE

INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES HISTORICOS	3
HIPOTESIS	5
OBJETIVOS	5
FISIOPATOLOGIA	6
VARIEDAD DE LA CIRUGIA HIATAL	17
FUNDUPLICATURA DE NISSEN	19
MATERIAL Y METODOS	24
RESULTADOS	27
CONCLUSIONES	29
BIBLIOGRAFIA	1

## I N T R O D U C C I O N

EL PRESENTE ESTUDIO ES RESULTADO DE LA INQUIETUD DESPERTADA Y MANTENIDA DURANTE TRES AÑOS PREVIOS, SOBRE UNA ENTIDAD NOSOLÓGICA COMPLEJA, TANTO, QUE HA LLEGADO A SER LLAMADA LA "GRAN - SIMULADORA DEL ABDOMEN ALTO", CON UNA INCIDENCIA IMPORTANTE A NIVEL MUNDIAL Y ESTUDIADO A FONDO DURANTE LOS ÚLTIMOS 50 AÑOS, AL IGUAL QUE UNO DE LOS ÓRGANOS QUE MÁS AFECTA: EL ESÓFAGO, ES ESTRUCTURA QUE HA DEJADO DE SER CONSIDERADO UNA SIMPLE COMUNICACIÓN ENTRE LA FARINGE Y EL ESTÓMAGO Y QUE AHORA SABEMOS ENTRAÑA UNA DELICADA E IMPORTANTE FUNCIÓN DENTRO DE LA FISIOLÓGIA - DIGESTIVA.

DURANTE 17 AÑOS DE FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL GENERAL DR. FERNANDO QUIROZ G. SE HAN REALIZADO TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS CON UNA VARIEDAD Y CIFRAS IMPORTANTES. EN RELACIÓN A PATOLOGÍA -- DEL HIATO ESOFÁGICO CON TODOS SUS COMPONENTES, DURANTE 1985 SE REALIZARON CERCA DE 50 INTERVENCIONES; DURANTE EL AÑO ANTERIOR SE REALIZÓ UN ESTUDIO CON LA VARIANTE ABDOMINAL DE LA TÉCNICA DE BELSEY, EL CUAL NO ENTRA EN EL PRESENTE ESTUDIO, ENFOCADO A LO QUE DESIGNA EL TÍTULO DEL MISMO.

DURANTE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS SE HAN REALIZADO CERCA DE 180 OPERACIONES SOBRE HIATO ESOFÁGICO, POR DIVERSAS INDICACIONES, HASTA EL MOMENTO NO HEMOS REALIZADO UN ESTUDIO DE LOS RESULTADOS LO-

GRADOS, LOS FRACASOS Y EL POR QUÉ DE ESTOS; SÓLO ABORDÁNDOLO SABREMOS REALMENTE EN QUE NIVEL ESTAMOS, COMO LO REALIZAMOS, Y OBTENDREMOS ESTADÍSTICAS QUE PERMITIRÁN CORRELACIONAR EL TRABAJO CON DATOS DE AUTORES NACIONALES Y DEL EXTRANJERO.

OTRO HECHO IMPORTANTE ES EL DE PRECISAR CON QUE FRECUENCIA TE NEMOS ENTIDADES ASOCIADAS, SIENDO 2 LAS PRINCIPALES DETECTADAS: LITIASIS VESICULAR Y ENFERMEDAD ULCEROSA. LA LITERATURA LO REPORTA COMO ASPECTO SECUNDARIO. CONSIDERAMOS QUE LOS SÍNDROMES DOLOROSOS ABDOMINALES ALTOS EN SU MAYOR PARTE NO SE -- PRESENTAN YA DE MANERA CLÁSICA Y MUCHAS VECES ESTÁN ENSOMBRECIDOS POR LA PRESENCIA DE 2 ENTIDADES. POR ELLO ES DE GRAN IM PORTANCIA EL DEFINIR UN PROTOCOLO DE ESTUDIO PARA ESTOS PACIENTES.

## ANTECEDENTES HISTORICOS

HACE APROXIMADAMENTE 405 AÑOS AMBROSIO PARÉ REALIZÓ LAS PRIMERAS DESCRIPCIONES SOBRE HERNIAS DIAFRAGMÁTICAS. EN 1847 HENRY BOWDITCH, DESCRIBE EN SU "TRATADO DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA" LA IGNORANCIA EXISTENTE EN CUANTO AL MANEJO DE ESTAS PATOLOGÍAS, (1).

A PRINCIPIOS DE ESTE SIGLO SE EMPEZARON LOS ESTUDIOS ENCAMINADOS A QUITAR LA IDEA DEL CONCEPTO ANATÓMICO, COMO CAUSA DE LAS ALTERACIONES ESOFÁGICAS POR HERNIA HIATAL, INICIÁNDOSE UN ESTUDIO VERAZ Y PROFUNDO DE LA FISIOLOGÍA ESOFÁGICA; ASÍ COMO DESCUBRIR PRIMERO RITVO EN 1930 EL HECHO DE QUE EN 60 PACIENTES - CON HERNIA HIATAL 14 TENÍAN SINTOMATOLOGÍA; POSTERIOR A ELLO - MUCHOS AUTORES (SWENSON, HARVEY, BELSEY) ENCUENTRAN PACIENTES-ASINTOMÁTICOS CON HERNIA HIATAL Y A LA INVERSA, EN DIFERENTES-PORCENTAJES (2).

EN 1936 NISSEN REALIZÓ LA PRIMERA FUNDUPLICACIÓN EN UN PACIENTE CON ÚLCERA ESOFÁGICA CON RESULTAODS QUE LO IMPRESIONARON, 16 - AÑOS DESPUÉS, POSTERIOR A ELLO UTILIZA EL PROCEDIMIENTO EN PACIENTES CON ESOFAGITIS POR REFLUJO E INICIA SUS PUBLICACIONES A PARTIR DE 1956. EN CASO DE HIPERACIDEZ ASOCIADA, PACIENTES OBESOS, SUGIERE ALGUNAS VARIACIONES EN 1964 (3).

UN APORTE IMPORTANTE FUÉ EL DE FYKE Y CODE EN 1958 AL DESCUBRIR UNA ZONA DE PRESIÓN POSITIVA EN EL TERCIO INFERIOR DEL ESÓFAGO, QUE CORRESPONDE AL ESFINTER ESOFÁGICO INFERIOR (EEI), POSTERIOR A ELLO, AVANCES EN EL ESTUDIO DE LA FISIOPATOLOGÍA DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO, SUS COMPLICACIONES Y OTROS ASPECTOS FUERON PERMITIDOS CON EL ADVENIMIENTO DE FIBROSCOPIOS FLEXIBLES (1).

JUNTO CON NISSEN, BELSEY, HILL ALLISON Y OTROS AUTORES IDEARON DIFERENTES PROCEDIMIENTOS ANTIREFLUJO CON RESULTADOS MUY VARIABLES. LAS VARIACIONES A LA TÉCNICA DE NISSEN SON INICIADAS POR EL PROPIO AUTOR (3).

DURANTE LA DÉCADA PASADA (1973) FUÉ IDEADA Y APLICADA EN USA UNA PRÓTESIS DE SILICON (ANGELCHIK) CON ALGUNOS REPORTES FAVORABLES Y OTROS INCLUSO COMO DESASTROSOS (4-5-7).

## HIPOTESIS

SI LA FUNDUPLICATURA DE NISSEN ES UNO DE LOS MEJORES MÉTODOS DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HERNIA HIATAL COMPLICADA Y ÉSTA VA ASOCIADA CON OTRAS PATOLOGÍAS DIGESTIVAS EN UN PORCENTAJE IMPORTANTE; ENTONCES LA REVISIÓN DE CASOS EN NUESTRO HOSPITAL Y EL ESTUDIO DE UN GRUPO SELECCIONADO DE PACIENTES INTERVENIDOS DEBERÁ SER SIMILAR A LAS PUBLICACIONES DE LA LITERATURA, EN CUANTO A EFECTIVIDAD, COMPLICACIONES, PREVENCIÓN Y ENFERMEDADES ASOCIADAS.

## OBJETIVOS

AL FINALIZAR EL ESTUDIO SE DETERMINARÁ EL NÚMERO DE PACIENTES INTERVENIDOS POR AÑO, SUS COMPLICACIONES, SUS FACTORES CAUSALES Y SU PREVENCIÓN.

SE COMPROBARÁ QUE LOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS DE SELECCIÓN PARA TRATAMIENTO QUIRÚRGICO SON LOS ADECUADOS.

SE DETERMINARÁ EN QUE PORCENTAJES SE ASOCIAN LA COLELITIASIS Y LA ENFERMEDAD ÁCIDO-PÉPTICA.

SE OBTENDRÁ AL FINALIZAR EL ESTUDIO RESULTADOS DE LA TÉCNICA UTILIZADA QUE PERMITIRÁ CORRELACIONARLA CON LOS REPOTES DE LA LITERATURA.

SE TRAZARÁ UN PROTOCOLO DE ESTUDIO PARA EL PACIENTE CON SÍNDROME DOLOROSO ABDOMINAL ALTO.



## FISIOPATOLOGIA

COMO YA FUÉ REFERIDO EN CAPÍTULO PREVIO, EL CONCEPTO ANATÓMICO DE LA HERNIA HIATAL FUÉ DESCARTADO COMO CAUSA DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO, EN PARTE POR LOS IMPORTANTES ESTUDIOS SOBRE FISIOLÓGIA ESOFÁGICA (1) Y COMPLEMENTADO CON ESTUDIOS CLÍNICOS QUE DESCRIBÍAN COMO EL DE SWENSON Y HARVEY DE 2,143 INDIVIDUOS ASINTOMÁTICOS ENCONTRÓ EL 1% DE HERNIA HIATAL, LAS INCIDENCIAS VARÍAN DEL 0,5 A 2% SEGÚN DIVERSOS AUTORES. AL MISMO TIEMPO - SE DESCUBRIÓ QUE PACIENTES SIN EVIDENCIA DE HERNIA HIATAL PRESENTABAN SÍNTOMAS, BELSEY REPORTA EN 640 PACIENTES CON SÍNTOMAS DE HERNIA HIATAL, 71 PACIENTES CON REFLUJO PERO SIN HERNIA HIATAL (2).

ACTUALMENTE LOS AVANCES NOS INDICAN QUE ES MÁS QUE LA PRESENCIA DE LA HERNIA HIATAL LO QUE CONDICIONA ALTERACIONES ESOFÁGICAS, ASÍ COMO EL MANEJO MÉDICO Y QUIRÚRGICO, ALGUNOS AUTORES DESCRIBEN POR ELLO ESTA PATOLOGÍA COMO: COMPLEJO HERNIA HIATAL, ESFÍNTER INCOMPETENTE, REFLUJO GASTROESOFÁGICO, ESOFAGITIS, ESTENOSIS PÉPTICA Y ESÓFAGO DE BARRET (4).

EN ESTE CAPÍTULO SE HACE REFERENCIA A LOS ASPECTOS FISIOPATOLÓGICOS MÁS IMPORTANTES DEL REFERIDO COMPLEJO.

LA ESOFAGITIS POR REFLUJO ES LA ENFERMEDAD QUE CON MAYOR FRECUENCIA AFECTA AL ESÓFAGO, EL SÍNTOMA PRINCIPAL ES EL DOLOR -

RETROESTERNAL, TIPO ARDOROSO, CONOCIDO COMO PIROSIS, PRESENTE HABITUALMENTE DESPUÉS DE LAS COMIDAS. EN LAS ÚLTIMAS DOS DÉCADAS GRAN VARIEDAD DE ESTUDIOS INDICARON QUE LA GÉNESIS DE LA ESOFAGITIS POR REFLUJO ES UN PROCESO MULTIFACTORIAL (10).

DOODS Y CASTELL REFIEREN MÚLTIPLES FACTORES PARA LA APARICIÓN DE ESOFAGITIS POR REFLUJO (2):

- 1). RESISTENCIA DE LA MUCOSA ESOFÁGICA.
- 2). EFICACIA DEL MECANISMO ANTIREFLUJO.
- 3). EFICACIA DE LA ELIMINACIÓN ESOFÁGICA.
- 4). CANTIDAD DE LÍQUIDO EN EL ESTÓMAGO.
- 5). COMPOSICIÓN DEL MATERIAL REFLUÍDO.

LA PREVALENCIA DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO Y SU SÍNTOMA PRIMARIO ES EXTREMADAMENTE DIFÍCIL DE OBTENER, MUCHOS PACIENTES LO CONSIDERAN COMO SENSACIÓN NORMAL Y NO ACUDEN A REVISIÓN MÉDICA. UN ESTUDIO EN EL STAFF DE UN HOSPITAL REVELÓ QUE 7% EXPERIMENTABAN DIARIO EL SÍNTOMA, AUNQUE EL 36% LO TENÍA UN MÍNIMO DE UNA VEZ POR MES. EL SÍNTOMA SE PRESENTA MÁS DURANTE EL EMBARAZO, CUANDO UN 25% DE LAS PACIENTES PUEDEN PRESENTARLO DIARIO (EFECTO DE LA PROGESTERONA). LA IMPORTANCIA RADICA EN QUE PUEDE SIMULAR O ENMASCARAR DOLOR TORÁCICO ATÍPICO O PRESENTARSE CON SÍNTOMAS PULMONARES, SOBRE TODO EN NIÑOS (11,12).

RESISTENCIA TISULAR: DADA POR LOS SIGUIENTES FACTORES:

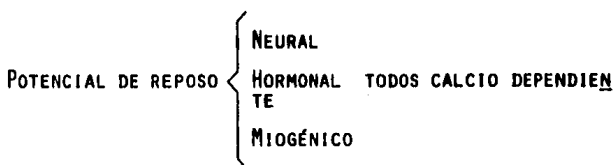
- 1). CAPA IMPERMEABLE CON ABUNDANTES POLISACÁRIDOS.
- 2). RECAMBIO CELULAR DE LA MUCOSA ESOFÁGICA CADA 6 DÍAS.
- 3). LA MUCOSA ESOFÁGICA ES MENOS RESISTENTE AL CONTENIDO GÁSTRICO QUE OTRAS.
- 4). LA DIFUSIÓN RETRÓGRADA DE IONES HIDRÓGENO DISMINUYEN LA IMPERMEABILIDAD, ESTO ES FAVORECIDO POR LA PRESENCIA DE BILIS, PEPSINA Y ALCOHOL.
- 5). LAS PROSTAGLANDINAS FAVORECEN CAMBIOS INFLAMATORIOS DE LA ESOFAGITIS Y ESTOS SON SUPRIMIDOS CON LA INDOMETACINA (EXPERIMENTAL).

MECANISMOS ANTIREFLUJO: SE CONSIDERAN DOS GRUPOS:

- A). ANATÓMICOS NO ESFINTERIANOS: YA DESCARTADOS DURANTE LOS ESTUDIOS REALIZADOS.
- B). TONO DEL EEI: LOS ANATÓMICOS MÁS IMPORTANTES:
  1. LA CAPA CIRCULAR DE LA PARED ES LA MÁS IMPORTANTE (MUSCULAR).
  2. EL ESTÍMULO VAGAL DA UNA RESPUESTA BIFÁSICA: RELAJACIÓN-CONTRACCIÓN (NEURAL).
  3. SISTEMA APUD FORMA AMINAS QUE INFLUYEN EN EL TONO DEL EEI, ESTO TAMBIÉN ES INFLUÍDO POR MEDICAMENTOS (HUMORAL).

## GENESIS DE LA PRESION DEL EEI.

SE PIENSA QUE EL MECANISMO QUE GENERA LA PRESIÓN EN REPOSO ESTÁ DADA POR EL BAJO POTENCIAL DE REPOSO DEL MÚSCULO LISO DEL ESFINTER Y ESTÁ ESQUEMATIZADO DE LA SIGUIENTE MANERA:



## CAUSAS QUE DISMINUYEN LA PRESION DEL EEI:

HIPOTONÍA: ANORMALIDAD NEURAL COLINÉRGICA, ALTERACIÓN FUNCIONAL O MORFOLÓGICA DEL MÚSCULO.

RELAJACIÓN TRANSITORIA: OCURRE EN EL 94% DE LOS PACIENTES SANOS. EN LOS ESTUDIOS 65% DE LOS CASOS OCURRE REFLUJO CON LA RELAJACIÓN TRANSITORIA. EN EL 17% SE ACOMPAÑA DE AUMENTO DE LA PRESIÓN INTRABDOMINAL. EN EL 18% EL REFLUJO OCURRE LIBREMENTE (13).

ELIMINACIÓN ESÓFAGICA: LA SEVERIDAD DE LA ESOFAGITIS DEPENDE BÁSICAMENTE DE LA COMPOSICIÓN DEL MATERIAL REFLUÍDO Y EL TIEMPO DE CONTACTO CON LA MUCOSA.

**NORMAL**

**ANORMAL**

- |                      |   |
|----------------------|---|
| A). GRAVEDAD         |   |
| B). ACTIVIDAD MOTORA | ONDAS NO PERISTÁLTICAS.   |
| C). SALIVACIÓN       | SALIVA ↓ NO. DE DEGLUCIONES.<br>↓ VOLUMEN QUE CENTRALIZA ÁCIDO. |

VOLUMEN GÁSTRICO: CORELACIÓN ENTRE EL VOLUMEN GÁSTRICO Y LA FRECUENCIA DE REFLUJO, AUMENTA MÁS DESPUÉS DE COMIDAS Y DEPENDE:

- 1). VOLUMEN Y COMPOSICIÓN DE MATERIAL INGERIDO.
- 2). VELOCIDAD DE SECRECIÓN GÁSTRICA.
- 3). VELOCIDAD DE VACIAMIENTO GÁSTRICO.
- 4). FRECUENCIA Y VOLUMEN DE REFLUJO DUODENO-GÁSTRICO. (4,10, - 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17).

EL PUNTO 4 HA SIDO ESTUDIADO A FONDO ÚLTIMAMENTE YA QUE LOS HALLAZGOS SUGIEREN LA PRESENCIA DE UNA ALTERACIÓN FUNCIONAL GASTRO-PILÓRICA QUE CONDICIONA FALLAS EN EL VACIAMIENTO GÁSTRICO, QUE DISMINUYEN LOS EPISODIOS DE REFLUJO ALCALINO Y MAYOR REFLUJO GASTROESOFÁGICO ÁCIDO. (14).

**MEDICION DE REFLUJO GASTROESOFAGICO:**

RAYOS X: ESOFAGOGRAMA: ES EL PRIMER ESTUDIO, DESCARTA OTRAS -

PATOLOGÍAS Y COMPLICACIONES. LA FLUOROSCOPIA DA UNA SENSIBILIDAD DEL 40% Y ESPECIFICIDAD DE 85%.

MANOMETRÍA: UNA SÓLA TOMA NO TIENE VALOR, HAY DOS TÉCNICAS: - LENTA Y RÁPIDA. EN CASOS DE PRESIONES MAYORES DE 20 MM Hg NO HAY REFLUJO. SENSIBILIDAD DE 58%. ESPECÍFICO EN 84% EN PRESIONES MENORES DE 10 MM Hg.

P. BERNSTEIN: SOLUCIÓN SALINA /15 MINUTOS SEGUIDA DE HCl AL 0,1 NORMAL DURANTE 30 MINUTOS. TRADUCE SENSIBILIDAD DE ESÓFAGO DISTAL. NO MIDE REFLUJO NI ES PARA ESOFAGITIS.

PH. INTRAESOFÁGICO: SE REALIZA CON EL PACIENTE EN D.D. CON 4 MANIOBRAS: RESPIRACIÓN PROFUNDA, VALSALVA, MUELLER, TOS. SE LLENA EL ESTÓMAGO CON 300 CC HCl AL 0,1 NORMAL, PH MENOR A 4 - EN TRES OCASIONES POR LO MENOS INDICA REFLUJO, DA UNA SENSIBILIDAD DE 84%. TIENE COMO LIMITANTES QUE EL MATERIAL REFLUÍDO DEBE SER ÁCIDO, DETECTA ACIDEZ Y NO CANTIDAD DE MATERIAL REFLUÍDO.

GAMAGRAMA E.: SE REALIZA COLOCANDO 300 CC DE Tc 99 EN SOLUCIÓN SALINA AYUDA A DETECTAR TAMBIÉN CASOS DE BRONCOASPIRACIÓN.

ENDOSCOPIA: EL MEJOR MÉTODO PARA DETERMINAR LA ESOFAGITIS, DA UNA SENSIBILIDAD DEL 95% (10,11,16).

CLASIFICACION ENDOSCOPICA DE LA ESOFAGITIS:

- |           |                                      |
|-----------|--------------------------------------|
| GRADO I   | MUCOSA HIPERÉMICA                    |
| GRADO II  | ULCERACIÓN SUPERFICIAL Y/O EROSIONES |
| GRADO III | ULCERACIÓN Y FIBROSIS PANMURAL.      |
| GRADO IV  | ESTENOSIS (23).                      |

## ASPECTOS CLINICOS

POR DEFINICIÓN CUALQUIER ESTRUCTURA QUE PASE POR EL HIATO ESOFÁGICO CONSTITUYE UNA HERNIA HIATAL. SIN EMBARGO, SÓLO LA -- UNIÓN ESOFAGOGÁSTRICA EN UN 90% DE LOS CASOS CONSTITUYE EL SEGMENTO HERNIADO, LA TERMINOLOGÍA Y LA CLASIFICACIÓN ES UNIFORME Y SE DESCRIBEN EN EL SIGUIENTE CUADRO:

### C U A D R O I I CLASIFICACION DE SKINNER-BELSEY (1967)

TIPO I: DESLIZANTE; EXISTE DESPLAZAMIENTO AXIAL DE LA UNIÓN - ESOFAGOGÁSTRICA DENTRO DEL TÓRAX A TRAVÉS DEL HIATO DIAFRAGMÁTICO.

TIPO II: PARAESOFÁGICA; LA UNIÓN ESOFAGOGÁSTRICA SE MANTIENE INTRABDOMINAL PERO EL FONDO Y GRAN PORCIÓN DE LA CURVATURA MAYOR DEL ESTÓMAGO SE INTRODUCEN AL TÓRAX.

TIPO III: MIXTA; COMBINACIÓN DE LAS DOS ANTERIORES.

TIPO IV: ÁQUELLAS EN QUE EL ÓRGANO DESPLAZADO ES CUALQUIER - OTRO, EXCEPTO EL ESTÓMAGO.

EN LO REFERENTE AL CUADRO CLÍNICO QUE CARACTERIZA LA HERNIA --



HIATAL, SE CONSIDERA REALMENTE QUE NO EXISTE DE MANERA TÍPICA, DE AHÍ QUE SEA LLAMADA COMO YA SE REFIRIÓ ANTES: LA GRAN "SIMULADORA DEL ABDOMEN ALTO", AÚN ASÍ SE CONSIDERAN UNA SERIE DE DATOS DEPENDIENTES DE LAS ALTERACIONES BÁSICAS: REFLUJO GASTROESOFÁGICO E HEEI. LA SINTOMATOLOGÍA QUE CON MAYOR FRECUENCIA SE ENCUENTRA ES LA REFERIDA A CONTINUACIÓN (LA INCIDENCIA DE ASOCIACIÓN ES MUY VARIABLE):

- 1). DOLOR TIPO ARDOROSO (AGRURAS) EN EPIGASTRIO CON IRRADIACIÓN SUBESTERNAL QUE EMPEORA CON EL DECÚBITO SUPINO Y APARECE CON MAYOR FRECUENCIA DESPUÉS DE LOS ALIMENTOS (SÍNTOMA PIVOTE),
- 2). REGURGITACIÓN (PIROSIS) Y/O ERUCTOS,
- 3). NAUSEA Y VÓMITO,
- 4). SENSACIÓN DE LLENURA EPIGÁSTRICA POSPRANDIAL,
- 5). DISFAGIA,
- 6). EXACERBACIÓN DE LOS SÍNTOMAS CON LA INGESTA DE ALCOHOL Y LÍQUIDOS CALIENTES O FRÍOS, ALIMENTOS RICOS EN GRASAS O CUALQUIER MANIOBRA QUE AUMENTE LA PRESIÓN INTRABDOMINAL (21).

LAS BASES PARA EL DIAGNÓSTICO IMPLICAN LA EXCLUSIÓN DE OTRAS PATOLOGÍAS, BÁSICAMENTE SON DATOS CLÍNICOS QUE SE COMPLEMENTAN DE LA SIGUIENTE MANERA:

- A). HISTORIA CLÍNICA.
- B). EXÁMENES DE LABORATORIO.
- C). SERIE ESOFAGOGASTRODUODENAL.
- D). ENDOSCOPIA, TOMA DE BIOPSIA.
- E). MEDICIÓN DE PH EN 24 HRS. PRUEBA DE BERNSTEIN.  
GAMAGRAFÍA ESOFÁGICA CON Tc 99.

LOS ÍNDICES DE CONFIABILIDAD DE LOS DIVERSOS PROCEDIMIENTOS YA FUERON REFERIDOS EN ESTE MISMO CAPÍTULO (10,11,16,22).

ES DE GRAN IMPORTANCIA EL REFERIR LA ASOCIACIÓN DEL PADECIMIENTO A OTRAS ENTIDADES GASTROINTESTINALES: COLELITIASIS, 6,5-33% (24,25) ÚLCERA DUODENAL, 25%, (4); DIVERTICULOSIS (LA TRIADA DE SAINT ES RARA), ESCLEROSIS SISTÉMICA PROGRESIVA, (20).

EL TRATAMIENTO MÉDICO BIEN ESTABLECIDO YA, CONSISTE EN LAS SIGUIENTES INDICACIONES Y MEDICAMENTOS:

- 1. BAJA DE PESO.
- 2. COMIDAS EN QUINTOS, LA ÚLTIMA 3 HRS. ANTES DE ACOSTARSE.
- 3. DIETA LIBRE DE IRRITANTES Y ELEVACIÓN DE LA CABECERA DE LA CAMA.

4. INGESTA DE ANTIÁCIDOS NO ABSORBIBLES 1-3 HRS. DESPUÉS DE CADA COMIDA Y AL ACOSTARSE.
5. CIMETIDINA.
6. BETHANECOL.
7. METOCLOPRAMIDA. (4,17,23)

SE CONSIDERA QUE EL 95% DE LOS PACIENTES CON HERNIA HIATAL SINTOMÁTICA MEJORARÁN CON ESTE TRATAMIENTO Y SÓLO UN 5% EN PROMEDIO REQUERIRÁ DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO (20).

## VARIEDAD DE LA CIRUGIA HIATAL

COMO YA FUÉ MENCIONADO EN LA INTRODUCCIÓN, DÚRANTE EL PRESENTE SIGLO ES CUANDO SE HAN REALIZADO UNA GRAN VARIEDAD DE TÉCNICAS QUIRÚRGICAS PARA INHIBIR EL REFLUJO GASTROESOFÁGICO Y SUS CONSECUENCIAS. LOS RESULTADOS SON MUY DIVERSOS EN CUANTO A BUENOS O MALOS, ASÍ COMO SUS INDICES DE COMPLICACIONES. COMO NO ES OBJETO DEL PRESENTE ESTUDIO, SÓLO SON REFERIDAS COMO ANTECEDENTES. ALGUNOS AUTORES CONSIDERAN QUE DE 1950 A LA FECHA SE HAN DESCRITO CERCA DE 50 TÉCNICAS.

- |                   |                                     |
|-------------------|-------------------------------------|
| 1). ALLISON       | 16). VAYRE-HOREAU                   |
| 2). SWEET         | 17). SMITH                          |
| 3). HARRINGTON    | 18). WOODRUFF                       |
| 4). COLLIS        | 19). ADLER                          |
| 5). DUHAMEL       | 20). HUSFELDT                       |
| 6). BOEREMA       | 21). HUMPREYS-KESHISHIAN            |
| 7). HILL          | 22). JOHNSROD                       |
| 8). RAMPAL        | 23). POTILLEUX-FRILEUX              |
| 9). PEDINIELLI    | 24). BOYD                           |
| 10). ZIPERMAN     | 25). BALANCEDA DE BERMAN-<br>BERMAN |
| 11). LOTART-JACOB | 26). HERMANN                        |
| 12). BELSEY       | 27). BELSEY MODIFICADA              |
| 13). NISSEN       | 28). GUARNER                        |
| 14). DOR          | 29). THAL                           |
| 15). TOUPET       | 30). ANGELCHIK                      |

EL LISTADO PREVIO PUDIERA PARECER COMO TEDIOSO, LA DESCRIPCIÓN E ILUSTRACIÓN DE LAS TÉCNICAS REBASA LOS OBJETIVOS DEL PRESENTE TRABAJO, AUNQUE MUCHAS PARECEN REPETIRSE, MÁS QUE NADA SE COMPLEMENTAN. UNA BELLA DESCRIPCIÓN INCLÚIDA CON DETALLES TÉCNICOS PUEDE SER CONSULTADA EN LAS REFERENCIAS (4,8,9).

## FUNDUPLICATURA DE NISSEN SUS COMPLICACIONES

LA HIPOTONÍA DEL ESFINTER ESOFÁGICO INFERIOR ES LA ALTERACIÓN FISIOLÓGICA BÁSICA PARA LA APARICIÓN DE Ñ REFLUJO GASTROESOFÁGICO. LOS PROCEDIMIENTOS DESTINADOS SÓLO A CORREGIR EL DEFECTO HERNIARIO (HIATOPLAST(A) HAN FRAGASADO Y LOS QUE TIENDEN A CREAR UN SISTEMA DE VÁLVULA PERSISTEN, DE ÉSTAS LA QUE MEJORES RESULTADOS HA TENIDO Y SOPORTADO LA PRUEBA DEL TIEMPO ES LA DE NISSEN (26). ASÍ COMO SE HA CONSIDERADO MULTIFACTORIAL LA APARICIÓN DE REFLUJO (10), LA CAPACIDAD ANTIREFLUJO DE LA FUNDUPLICACIÓN DE NISSEN SE CONSIDERA MULTIFACTORIAL Y AÚN PARCIALMENTE EXPLICADA (19) EN ESTE ASPECTO SE HA ENCONTRADO QUE UNO DE LOS POSIBLES FACTORES SEA EL DE QUE LA FUNDUPLICACIÓN MEJORA EL VACIAMIENTO GÁSTRICO (27) LO CUAL SE HA CORRELACIONADO TAMBIÉN - COMO POSIBLE CAUSA DE COMPLICACIONES (44,45).

DIVERSAS INVESTIGACIONES HAN REPORTADO COMPLICACIONES CON LOS MÉTODOS ANTIREFLUJO, SOBRE TODO CUANDO EL SEGUIMIENTO ES A MÁS DE 5 AÑOS. UN PRIMER FACTOR DE IMPORTANCIA, AL IGUAL QUE EN TODAS LAS ÁREAS DE LA CIRUGÍA ES LA SELECCIÓN ADECUADA DEL PACIENTE (18).

LA MAYORÍA DE LOS AUTORES COINCIDE EN EL MÉTODO DE ESTUDIO, MANEJO MÉDICO, ASÍ COMO LA INDICACIÓN PARA CIRUGÍA, EL SIGUIENTE

LISTADO ES UN RESUMEN DE ELLO:

- 1). PACIENTES CON HERNIA HIATAL EXCEPCIONALMENTE GRANDE.
- 2). PACIENTES CON HERNIA HIATAL TIPO II, AÚN ASINTOMÁTICOS.
- 3). PACIENTES CON HERNIA HIATAL DEMOSTRADA Y ESOFAGITIS POR REFLUJO QUE NO HA CEDIDO CON TRATAMIENTO MÉDICO.
- 4). PACIENTES DE PRIMERA VEZ, CON SINTOMATOLOGÍA Y UNA PRUEBA OBJETIVA DE HERNIA HIATAL CON ESOFAGITIS AVANZADA.
- 5). HERNIA HIATAL NO REDUCTIBLE CON REFLUJO Y ESOFAGITIS OBJETIVOS.
- 6). EN CASO DE COMPLICACIONES: ENCARCELACIÓN, HEMORRAGIA, ETC. (9)

ALGUNOS AUTORES CONSIDERAN QUE HAY FACTORES DE VARIACIÓN ANATÓMICA QUE INFLUYEN DE MANERA IMPORTANTE EN LAS COMPLICACIONES, - LAS MÁS CONSIDERADAS SON: 1). EL LÓBULO HEPÁTICO IZQUIERDO ES - DIFÍCIL DE MOVILIZAR EN EL 30% DE LOS CASOS; 2). EL HIATO ES - SUMAMENTE DELGADO EN LA MITAD DE LOS CASOS; 3). EL LIGAMENTO - GASTROLIENAL ESTÁ PRESENTE EN EL 50% DE LOS CASOS, 4). EL ÁNGULO DE HIS ES SUMAMENTE VARIABLE EN SUJETOS SANOS, 5). SE REQUIERE AMPLIA LIBERACIÓN GÁSTRICA PARA REALIZAR UNA FUNDUPLICACIÓN SIN TENSIÓN, 6). LOS VASOS GÁSTRICOS POSTERIORES SON DIFÍCILES DE ALCANZAR (26).

LA TÉCNICA DE NISSEN PUEDE REALIZARSE POR VÍA TORÁCICA O ABDOMINAL, SIENDO LA SEGUNDA LA MÁS FAVORECIDA, LA PRIMERA SE RESERVA EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS DE ESÓFAGO CORTO. SU DESCRIPCIÓN - CLÁSICA ES LA SIGUIENTE:

- 1). INSICIÓN EN LA LÍNEA MEDIA DESDE EL APÉNDICE XIFOIDES A RODEAR EL OMBLIGO.
- 2). SECCIÓN DEL LIGAMENTO TRIANGULAR Y RECHAZAMIENTO DEL LÓBULO IZQUIERDO.
- 3). APERTURA DE LA MEMBRANA FRENOESOFÁGICA, DISECCIÓN COMPLETA ESÓFAGO.
- 4). IDENTIFICACIÓN DE LOS NERVIOS VAGOS.
- 5). HIATOPLASTIA SI HAY PERMEABILIDAD MAYOR DE DOS DEDOS.
- 6). SECCIÓN DE LOS PRIMEROS VASOS CORTOS.
- 7). PLICATURA HOLGADA, MOVILIZANDO PRIMERO EL FUNDUS

LOS INDICES DE COMPLICACIONES UTILIZANDO LA TÉCNICA DE NISSEN VARÍAN MUCHO AÚN EN UN MISMO PAÍS Y MÁS AÚN CUANDO SE REALIZAN PEQUEÑAS VARIACIONES. LA SIGUIENTE DESCRIPCIÓN ES TOMANDO EN CUENTA CIFRAS PROMEDIO Y LOS ESTUDIOS QUE SE CONSIDERAN DE MAYOR SERIEDAD.

LOS SEGUIMIENTOS A LARGO PLAZO SON POCOS. EN 60 PACIENTES DURANTE 10-12 AÑOS SE DETECTÓ PERSISTENCIA EN EL 7% Y RECURRENCIA EN EL 12% (28). OTRO ESTUDIO SUGIERE VALORACIÓN CLÍNICA POSTOPERATORIA UTILIZANDO LA ESCALA DE VISIC (29). NO SE DETECTA MORTALIDAD Y CON UNA PEQUEÑA VARIANTE NO HUBO COMPLICACIONES Y SE CONSIDERÓ UN 94% DE BUENOS RESULTADOS (29,30,31). EN 48 NIÑOS CON SEGUIMIENTO POR 32 MESES NO SE DETECTARON COMPLICACIONES - (32). EN 100 CASOS, 14 PACIENTES SE TUVIERON QUE REOPERAR POR COMPLICACIONES SERIAS: 8 DISFAGIA; RECURRENCIA 5 Y 1 CON INCA-



PACIDAD PARA ERUCTAR, NO HUBO MORTALIDAD (34).

OTRO ESTUDIO COMPARANDO DIVERSAS TÉCNICAS REPORTA EXCELENTE RESULTADOS EN EL 83% DE LOS 55 CASOS, (35). WASHER Y COLS. - EN INGLATERRA REALIZARON UN ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LA FUNDUPLICACIÓN DE NISSEN Y ANTRECTOMÍA CON Y DE ROUX, CON 65% DE BUENOS RESULTADOS EN LA PRIMERA Y 91% EN LA SEGUNDA, ADEMÁS LA CONSIDERAN DE ELECCIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE RECURRENCIA DE SÍNTOMAS (36).

OTRO AUTOR CONSIDERA LA GASTROPEXIA POSTERIOR COMO DE ELECCIÓN PARA EL SÍNDROME DE BURBUJA ATRAPADA, PRESENTE EN EL 20% DE LOS CASOS AL AÑO Y EN EL 10% A LOS 4 AÑOS (38).

ES UNA REALIDAD QUE LAS CIFRAS DE LOS AUTORES CONSULTADOS RES- TANTE NO VARÍAN A LAS YA REFERIDAS, LOS PROBLEMAS MÁS FRECUEN- TES SON: DISFAGIA, IMPOSIBILIDAD PARA ERUCTAR Y/O VOMITAR, AU- MENTO DEL METEORISMO Y FLATULENCIA; DESLIZAMIENTO, RECURRENCIA DE HERNIA SIN SÍNTOMAS (37,39,40,43),

LOS ESTUDIOS MÁS RECIENTES REPORTAN INDICES DE ALTERACIONES NO REFERIDAS ANTES. LA FORMACIÓN DE ÚLCERA GÁSTRICA POSTFUNDUPLI CACIÓN ES REPORTADA CON PORCENTAJES PROMEDIO DEL 5% EN SERIES DE 170 Y 158 CASOS. SE CONSIDERAN FACTORES CAUSALES: LESIÓN - DE VAGOS, DISTORSIÓN ANATÓMICA, DISTENSIÓN GÁSTRICA, REFLUJO - BILIAR, ISQUEMIA, LA FISIOPATOLOGÍA REALMENTE ES DESCONOCIDA - (41,42),

OTRAS COMPLICACIONES MÁS RARAS Y DE MENOR INCIDENCIA SON: HIPOGLICEMIA POSPRANDIAL (PRIMER CASO EN LA LITERATURA), SÍNDROME DE DUMPING SE CONSIDERA EL AUMENTO DEL VACIAMIENTO GÁSTRICO COMO FACTOR PRINCIPAL (44,45). LA ESPLENECTOMÍA INCIDENTAL DURANTE LA TÉCNICA DE NISSEN ELEVA LAS TASAS DE MORBILIDAD, AUNQUE NO SE REPORTA MORTALIDAD POR LA MISMA (96).

## MATERIAL Y METODOS

SE ESTUDIÓ UN GRUPO DE 30 PACIENTES, SELECCIONADOS PARA TRATAMIENTO QUIRÚRGICO, DURANTE UN LAPSO DE 18 MESES. EL RANGO DE EDAD FUÉ DE 22 A 70 AÑOS, CON UNA MEDIA DE 48,8; LA RELACIÓN HOMBRE/MUJER 1/1,7. ONCE (36,6%) DE LOS 30 PACIENTES HABÍAN RECIBIDO TRATAMIENTO PREVIO, MIENTRAS QUE 19 (63,3), NO LO RECIBIERON, LO ANTERIOR Y EL DIAGNÓSTICO PREVIO SE RESUMEN EN -- LOS SIGUIENTES CUADROS:

CUADRO III  
TRATAMIENTO MEDICO PREVIO

	No. PAC.	% *
METOCLOPRAMIDA	3	10
CIMETIDINA	4	13,3
HIGIEN-DIET.	11	36,6
GEL AL. Y MG.	8	26,6
BUTILHIOSCINA	2	6,6
NINGUNO	19	63,3

\* NO SUMAN 100% POR DIVERSAS COMBINACIONES.

CUADRO IV  
DIAGNOSTICO PREVIO

	No. PAC.	% *
H. HIATAL	25	83,3
SIND. ÚLCEROSO	9	30
COLECISTITIS	8	26,6
GASTRITIS	3	10

\* NO SUMAN 100% POR TENER MÁS DE UN DIAGNÓSTICO.

EL TIEMPO DE DURACIÓN DEL PADECIMIENTO FLUCTUÓ ENTRE 6 MESES Y 15 AÑOS. EN LOS PACIENTES CON TRATAMIENTO MÉDICO PREVIO, ÉSTE -- FUÉ UN MÍNIMO DE 2 MESES. LAS INDICACIONES PARA CIRUGÍA FUERON PRECISAS Y CONTEMPLADAS ANTES (9), LO ANTERIOR SE EJEMPLIFICA -- MÁS ADELANTE. EL TRATAMIENTO MÉDICO UTILIZADO COINCIDE CON EL--

DE DIVERSOS AUTORES (4,17,23), POR IGUAL LA SINTOMATOLOGÍA ES SIMILAR A LA REFERIDA EN PÁGINAS PREVIAS (21), EL SIGUIENTE CUADRO (V) PRESENTA LOS SÍNTOMAS ENCONTRADOS CON MAYOR FRECUENCIA Y SE CORRELACIONAN CON EL POSTOPERATORIO.

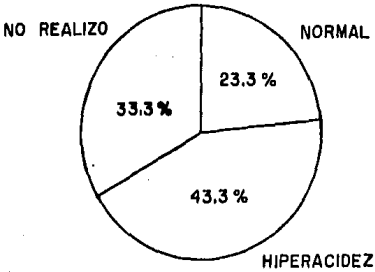
CUADRO V  
SINTOMATOLOGIA PRE Y POSTOPERATORIA

	PREOPERATORIA		POSTOPERATORIA	
	No. PAC.	%	No. PAC.	%
DISFAGIA	14	46.6	1	3.3
REGURGITACIÓN	26	86.6	-	-
PIROSIS	29	96.6	-	-
HEMATEMESIS	2	6.6	-	-

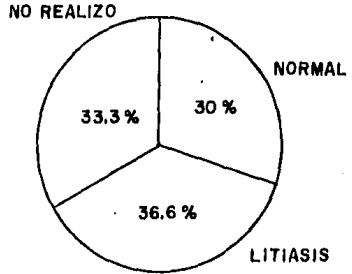
LA CAPACIDAD PARA VOMITAR Y ERUCTAR SE CONSERVÓ EN EL 100% DE LOS CASOS, ÉSTO Y LOS DATOS DEL CUADRO ANTERIOR (V) CORRELACIONADOS CON LAS TABLAS DE VALORACIÓN DE RESULTADOS Y EN ESPECIAL CON LAS DE VISIC NOS INDICA BUENOS RESULTADOS (29).

LAS PATOLOGÍAS DIGESTIVAS ASOCIADAS ENCONTRADAS COINCIDEN EN PORCENTAJES CON LAS DE LOS AUTORES CONSULTADOS (4,20,24,25) Y SE MUESTRAN EN LAS SIGUIENTES GRÁFICAS:

GRAFICA I  
QUIMISMO



GRAFICA II  
ULTRASONOGRAFIA



\* 7, (23.3%) TENIAN ULCERA DUODENAL.

\* FALSOS POSITIVOS EN UN PACIENTE  
\*\* UN PACIENTE SE OPERÓ UN AÑO ANTES.

LA ENDOSCOPIA CONSIDERADA EL MÉTODO MÁS FIDELIGNO PARA VALORAR LA ESOFAGITIS (1), REPORTÓ LOS SIGUIENTES DATOS; SE MUESTRAN TAMBIÉN LOS DATOS OBTENIDOS CON LA SERIE ESOFAGOGASTRODUODENAL, (SEGD).

CUADRO VI  
DATOS ENDOSCOPICOS

	No. PAC.	%
ESOFAGITIS	6*	20
REFLUJO	22	73,3
HEE I	24	80
HERNIA HIATAL	30	100
ESTENOSIS	3**	10
U. DUODENAL	8	26,6
U. GÁSTRICA	1	3,3

\* 5 CASOS GRADO I  
1 CASO GRADO II

\*\* EN LOS 3 CASOS ERA INCIPIENTE.

CUADRO VII  
DATOS DE LA S.E.G.D.

	No. PAC.	%
H. HIATAL	30*	100
ESTENOSIS Eso.	1	3,3
ULC. DUODENAL	6	20
ULC. GÁSTRICA	1	3,3

\* 8 CASOS MAYORES DE 4 CMS.

## RESULTADOS

LA VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS SE REALIZÓ MEDIANTE CLÍNICA, EN  
ENDOSCOPIA Y SEGD, ES IMPORTANTE SABER LOS CAMBIOS RADIOLÓGICOS -  
QUE CONDICIONA LA FUNDUPLICACIÓN, (47), EL SEGUIMIENTO FUÉ HAS  
TA 18 MESES, SIN QUE SE PRESENTARAN COMPLICACIONES IMPORTANTES,  
EL ÚNICO PACIENTE CON DISFAGIA MEJORÓ SIN NECESIDAD DE DILATA-  
CIONES, EL CONTROL ENDOSCÓPICO AL MES NO REPORTÓ COMPLICACIO-  
NES NI RECIDIVAS EN EL 96,6%, EN UN SÓLO PACIENTE NO SE REALIZÓ  
EL CONTROL, LA SEGD LO MOSTRÓ EN EL 93,3%, EN ESTE CASO NO SE-  
REALIZÓ EN 2 PACIENTES,

EN EL 100% DE LOS CASOS CLÍNICAMENTE VALORADOS A LOS 3 MESES SE  
CONSIDERARON LOS RESULTADOS COMO BUENOS, LAS CIRUGÍAS REALIZA-  
DAS EN RESUMEN FUERON: :

### CUADRO VIII

#### CIRUGIA REALIZADA

	No. PAC.	%
PLASTIA HIATO	30	100
FUNDUPLICACIÓN	30	100
COLECISTECTOMIA	9	30
VAGOTOMIA TRONC.	14	46,6
PILOROPLASTIA	13	43,6
GASTROYEYUNO	1	3,3
GASTROSTOMIA	4	13,3
PLASTIA PARED	2	6,6

LA PILOROPLASTÍA UTILIZADA FUÉ LA TIPO WEINBERG, NO SE PRESENTARON COMPLICACIONES EN ÉSTA, NI EN LAS ANASTOMOSIS, NI EN LOS CASOS QUE SE REALIZÓ GASTROSTOMÍA (STAMM). ES IMPORTANTE EL REFERIR QUE TODOS LOS PACIENTES PRESENTARON DISFAGIA LEVE TEMPORAL, 10 DÍAS EN PROMEDIO, LO CUAL ES ATRIBUIBLE AL MANEJO DE TEJIDOS Y EDEMA SECUNDARIO.

DE LOS PADECIMIENTOS ASOCIADOS EL MÁS FRECUENTE FUÉ HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA EN 4 CASOS (13,3), DIABETES MELLITUS EN 2 - - (6,6) Y HERNIA UMBILICAL EN 2 (6,6). NO HUBO MORTALIDAD DENTRO DEL GRUPO.

## CONCLUSIONES

LAS PRIMERAS CONCLUSIONES DEL PRESENTE TRABAJO SON INHERENTES-  
AL LOGRO DE LOS OBJETIVOS TRAZADOS, LA SELECCIÓN DE LOS PACIEN-  
TES PARA TRATAMIENTO QUIRÚRGICO ES LA ADECUADA, ACORDE CON LOS  
AUTORES CONSULTADOS; EN RELACIÓN AL NÚMERO DE CIRUGÍAS REALIZA-  
DAS Y CORRELACIONADAS CON EL NÚMERO TOTAL DENTRO DEL ÁREA DE -  
CIRUGÍA GENERAL, DURANTE EL AÑO DE ESTUDIO, OCUPA EL QUINTO LU-  
GAR DENTRO DE LA CIRUGÍA PROGRAMADA, LO QUE NOS INDICA QUE SE-  
TRATA DE UNA PATOLOGÍA DE ELEVADA INCIDENCIA Y UN NÚMERO IMPOR-  
TANTE DE ELLOS ES CANDIDATO A TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

LA VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS CON EL TRATAMIENTO-  
QUIRÚRGICO COMO YA FUÉ REFERIDO CON ANTERIORIDAD SE CONSIDE--  
RAN BUENOS, POR LO CUAL EL PROCEDIMIENTO UTILIZADO ES EFICAZ Y  
SEGURO PARA ESTE TIPO DE PACIENTES.

LOS PORCENTAJES DE PATOLOGÍAS ASOCIADAS (DIGESTIVAS) ENCONTRA-  
DAS EN EL ESTUDIO, COINCIDE CON LO REPORTADO POR LA LITERATURA  
POR LO CUAL CONSIDERAMOS QUE LOS PACIENTES PORTADORES DE SINTO-  
MATOLOGÍA SUGESTIVA DE HERNIA HIATAL DEBEN SER ESTUDIADOS NO -  
SÓLO EN EL ASPECTO DE CONFIRMAR O DESCARTAR SU POSIBLE PATOLO-  
GÍA, SINO BUSCAR ADEMÁS LAS ENTIDADES ASOCIADAS CON MAYOR FRE-  
CUENCIA Y QUE YA HAN SIDO CONTEMPLADAS, LA REALIZACIÓN DE QUI-  
MISMO GÁSTRICO Y ULTRASONOGRAFÍA NO INCREMENTA DE MANERA IMPOR-



TANTE LOS COSTOS DE ESTUDIO DEL PACIENTE Y SI BRINDA LA OPORTU-  
NIDAD DE CORREGIR EN UN SÓLO ACTO QUIRÚRGICO DOS O MÁS PATOLO-  
GÍAS QUIRÚRGICAS ASOCIADAS, LO CUAL BRINDA UN GRAN BENEFICIO -  
AL PACIENTE AL EVITAR UN NÚMERO MAYOR POSIBLE DE INTERVENCIO-  
NES. POR LO ANTERIOR CONSIDERAMOS QUE LA SINTOMATOLOGÍA QUE -  
ORIENTE A LAS PATOLOGÍAS YA REFERIDAS DEBA SER ESTUDIADA DE MA-  
NERA COMPLETA CON LA REALIZACIÓN DE ESTUDIO ENDOSCÓPICO, RADIO-  
LÓGICO, INCLUIDO EL ULTRASONIDO ASÍ COMO LA REALIZACIÓN DE QUI-  
MISMO GÁSTRICO, LOS ESTUDIOS REFERIDOS SIEMPRE SERÁN CONSIDERA-  
DOS COMO COMPLEMENTO DE LA VALORACIÓN CLÍNICA.

POR ÚLTIMO CONSIDERAMOS QUE EL ESTUDIO SE REALIZÓ DENTRO DE LOS  
MARCOS CIENTÍFICOS ESTABLECIDOS PARA LA REALIZACIÓN DE ÉSTOS EN  
HUMANOS. SIENDO DE GRAN BENEFICIO PARA LA UNIDAD HOSPITALARIA  
Y LA INSTITUCIÓN EL COMPROBAR QUE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGI-  
COS Y EN PARTICULAR EL ESTUDIADO, QUE REALIZAMOS TIENEN UNA EFI-  
CACIA Y BUENOS RESULTADOS COMPARABLES A LA DE OTRAS INSTITUCIO-  
NES NACIONALES O EXTRANJERAS EN LO REFERENTE A LA CALIDAD DE -  
LOS LOGROS.

## BIBLIOGRAFIA

1. MARTÍNEZ T. N. GAVIÑO C. J. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO, ESOFAGITIS PÉPTICA Y SUS COMPLICACIONES. REV. GASTROENTEROL. MEX. 1983; 3:131-7.
2. SANTOS, GH: IS HIATUS HERNIA RESPONSIBLE FOR REFLUX - CHEST; 1983; 84,3: 242-4.
3. JAMIESON, G. DURANCEAU, A. : WHAT IS A NISSEN FUNDOPLICATION, SURG. GYNECOL. OBSTET. 1984;159:591-3.
4. GUARNER, V.: ESÓFAGO NORMAL Y ESÓFAGO PATOLÓGICO. 1A. EDICIÓN, MÉXICO, 1983, UNAM.
5. HIDALGO, N.M. CABRERO, G.F. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO Y HERNIA HIATAL MEDIANTE LA PRÓTESIS DE ANGELCHIK (EXPERIENCIA PERSONAL). REV. - ESP. ENF. AP. DIGEST. 1983;64,4:225-60.
6. BENJAMIN, S.B. KRUFF, T.K.: THE ANGELCHIK ANTIREFLUX-PROSTHESIS, ANN. SURG. 1983;197,1:63-7.
7. SAMELSON, S.L. WEISER, H.F.: A NEW CONCEPT IN THE SURGICAL TREATMENT OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX. ANN. SURG. 1983;193,3:254-9.
8. AGUGIARO, S.: A CRITICAL REVIEW OF THE SURGICAL TECHNIQUES USED IN THE TREATMENT OF SLIDING HIATUS HERNIA -- AND GASTROESOPHAGEAL REFLUX. ACTA. CHIR./TA. XXXI-75 - (1):329-56.
9. SHACKELFORO, P.T. SURGERY OF THE ALYMENTARY TRACT. VOL. 2. SEGUNDA EDICIÓN USA, 1978. SAUNDERS.

## II

10. BARINAGARREMENTERIA, R.; REFLUJO GASTROESOFÁGICO. REV. GASTROENTEROL. MEX. 1983;48,3:121-9.
11. RICHTER, J.E. CASTELL, D.O.; GASTROESOPHAGEAL REFLUX. ANN. INT. MED. 1982;97,1:93-103.
12. JUDSON, R.; EXPERIENCE WITH THE NISSEN FUNDPLICATION FOR CORRECTION OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX IN INFANTS. ANN. SURG. 1983;198,5:579-84.
13. DODDS, W.J. DENT, J; MECHANISMS OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX IN PATIENTS WITH REFLUX ESOPHAGITIS. NEW ENG. J. MED. 1982;307,25:1547-52.
14. LITTLE, A.G. MARTÍNEZ, E.I.; DUODENOGASTRIC REFLUX AND REFLUX ESOPHAGITIS. SURGERY. 1984;96,2:447-54.
15. GATZINSKY, P. GRANERUS, G.; GASTRIC ACID SECRETION (GAS) AND HIATAL HERNIA. ACTA. CHIR. SCAND. 1980;146;583-9.
16. MENIN, R.A. MACMUD, L.S.; GASTROESOPHAGEAL SCINTIGRAPHY TO ASSESS THE SEVERITY OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE. ANN. SURG. 1980;191,1:66-71.
17. MCCALLUM, R.W. FINK, S.M.; EFECTOS DE LA METOCLOPRAMIDA Y EL BETANECOL EN EL RETARDO DEL VACIAMIENTO GÁSTRICO - PRESENTE EN PACIENTES CON REFLUJO GASTROESOFÁGICO. GASTROENTEROLOGY. 1983;84:1573-7.
18. JONSELL, G. DE MESTIER, P.; COMPARASION OF DIAGNOSTIC - METHODS FOR SELECTION OF PATIENTS FOR ANTIREFLUX OPERATIONS. SURGERY 1984;95,1:2-5.
19. HOWARD, K.L. COMPLICACIONES DE LA FUNDPLICATURA DE NISSEN. CLIN. QUIR. NORT. VOL. 6 1983. INTERAMERICANA.

### III

20. LAWRENCE, W. WAY, ESÓFAGO Y DIAFRAGMA EN DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICOS, DUNPHY, J.E. LAWRENCE W. - WAY, 3A. ED. MÉX. 1982 MANUAL MODERNO.
21. HARRISON T. PRINCIPLES OF INTERNAL MEDICINE. 10A. EDICIÓN. U.S.A. 1985 INTERAMERICANA.
22. SCHWARTZ, S.I.: PRINCIPLES OF SURGERY. 40. EDICIÓN. U.S.A, 1984. Mc GRAW HILL.
23. BRUCE, S.C.: MANUAL OF CLINICAL PROBLEMS IN SURGERY. 1A. EDICIÓN. 1983.
24. GREGORY, H.D. CATHCART, R.S.: SURGICAL TREATMENT OF IN TRATABLE ESOPHAGITIS. ANN. SURG. MAY 1984:580-87.
25. CERVANTES, C.C. GUTIÉRREZ, S.C. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HERNIA HIATAL; ANÁLISIS DE 3 AÑOS. REV. GASTROENT. MÉX. 1983. VOL. 48 No.2:71-76.
26. WALD, H. ANATOMICAL VARIATIONS IN HIATAL AND UPPER GASTRIC AREAS AND THEIR RELATIONSHIP TO DIFFICULTES EXPERIENCED IN OPERATIONS FOR REFLUX ESOPHAGITIS. ANN. SURG. APR,1983:389-92.
27. MODDERN, G.L. JAMIESON, G.G.: FUNDOPLICATION ENHANCES - GASTRIC EMPTYING. ANN. SURG. MARCH. 85:296-98.
28. ELLIS, F.H., JR.: CONTROVERSIES REGARDING THE MANAGEMENT OF HIATUS HERNIA. AM. J. SURG. 1980. JUN; 139(6):782-88.
29. NEGRE, J.B. NISSEN FUNDOPLICATION. RESULTS OF 10 YEAR FOLLOW-UP. AM. J. SURG. 1983. NOV.; 146(5):635-8.

## IV

30. MATIKAINEN, M. NISSE-ROSSETI FUNDOPLICATION FOR THE TREATMENT OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX. ACTA CHIR - SCAND 1982;148(2):173-77.
31. ROUTELIER, P. ET AL: AN ALTERNATIVE FUNDOPLICATION MANEUVER FOR GASTROESOPHAGEAL REFLUX. AM. J. SURG. - 1982, FEB.; 143(2):260-64.
32. PIEHLER, J. M. SPENCER, P. W. THE UNCUT COLLIS-NISSEN PROCEDURE FOR ESOPHAGEAL HIATAL HERNIA AND ITS COMPLICATIONS. PROB. GEN. SURG. 1984 JAN; VOL. 1 NO. 1:1-14.
33. TUNELL, W. P. ET AL: SUTURE ALIGNMENT FOR CUFF CREATION IN NISSEN FUNDOPLICATION. SURG. GYNECOL. OBSTET. 1981, MARCH. 152(3):347-9.
34. HATTON, P. D. SELINKOFF, P. M.: SURGICAL MANAGEMENT OF THE FAILS NISSEN FUNDOPLICATION. AM. J. SURG. 1984. - DEC. 148:760-63.
35. PAYNE, W. S. SURGICAL MANAGEMENT OF REFLUX-INDUCED - ESOPHAGEAL STENOSES: RESULTS IN 101 PATIENTS. BR. J. SURG. 1984, DEC. VOL. 71:971-73.
36. WHASER, G. F. RANDOMIZED PROSPECTIVE TRIAL OF ROUX-EN-Y DUODENAL DIVERSION VERSUS FUNDOPLICATION FOR SEVERE REFLUX ESOPHAGITIS. BR. J. SURG. 1984, MARCH. - VOL. 71:181-84.
37. NEGRE, J. B.: POS-FUNDOPLICATION SYNTOMS. DO THEY - RESTRIC THE SUCCESS OF NISSEN FUNDOPLICATION. ANN. SURG. 1983. DEC; 198(6):698-700
38. HOCKING, M. P.: DEFINITIVE SURGICAL THERAPY FOR INCAPACITATING "GASBLOAT SYNDROME". AM. SURG. 1982, MAR.; 48 (3):131-33.

39. HENDERSON, R.D.: NISSEN HIATAL HERNIA REPAIR: PROBLEMS OF RECURRENCE AND CONTINUED SYMPTOMS. ANN. THORAC. SURG. 1979, DEC.; 28(6):587-93.
40. HOFFMAN, T.H.: SLIPPED NISSEN FUNDOPLICATION: A STITCH IN TIME. ARCH SURG. 1981, SEP.; 116(9):1239.
41. CAMPBELL, R.: GASTRIC ULCERATION AFTER NISSEN FUNDOPLICATION. BR. J. SURG. 1983, JUL.; 70(7):406-7.
42. HERRINGTON, J.L.: GASTRIC ULCERATION AFTER FUNDIC WRAPPING VAGAL NERVE ENTRAPMENT A POSSIBLE CAUSATIVE FACTOR ANN. SURG. 1982, MAY; 195(5):574-81.
43. BYRNE, W.J. GASTROESOPHAGEAL REFLUX IN THE SEVERELY RETARDED WHO VOMIT: CRITERIA FOR AND RESULTS OF SURGICAL INTERVENTION IN 22 PATIENTS. SURG. 1982, JAN, VOL. 91 No. 1 95-98.
44. ZALOGA, G.P.: POSTPRANDIAL HYPOGYCEMIA AFTER NISSEN FUNDOPLICATION FOR REFLUX ESOPHAGITIS. GASTROENTEROLOGY. - 1984, APR. (4):840-2.
45. HIRSHING, J.: DUMPING SYNDROME FOLLOWING NISSEN FUNDOPLICATION: A CAUSE REFUSAL TO FEED. J. PEDIATR. SURG. 1984, - APR.; 19(2):155-7.
46. DELMAR, M.R. HERRINGTON, J.L.: INCCIDENTAL SPLENECTOMY - ASSOCIATED WITH NISSEN FUNDOPLICATION, ANN. SURG. 1980, FEB. VOL. 1 No. 2:153-56.
47. DE ARZUA J.E.: GASTRIC RADIOLOGICAL. STUDY AFTER NISSEN'S OPERATION. REV. ESP. ENFERM. APAR. DIC. 1981, APR.; 59(4):447-56.