

11209  
1 ej 87



**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.**

**FUNDUPLICACION SIN PLASTIA DEL HIATO,  
EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA  
HERNIA HIATAL POR DESLIZAMIENTO**

**TESIS DE POSTGRADO**

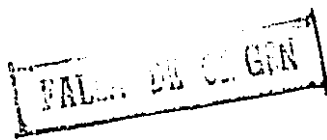
**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
E S P E C I A L I S T A    E N  
C I R U G I A    G E N E R A L  
P R E S E N T A :**

**DR. MANUEL SIERRA ESCOBELL**



**MEXICO, D. F.**

**1987**





## **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.

## I N D I C E

INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES HISTORICOS	3
HIPOTESIS	6
OBJETIVOS	7
FISIOPATOLOGIA	8
ASPECTOS CLINICOS	10
TRATAMIENTO	14
MATERIAL Y METODOS	19
RESULTADOS	20
CONCLUSIONES	26
BIBLIOGRAFIA	28

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

LA PRESENTE TESIS ESTA ENCAMINADA A OFRECER UN MEJOR TRATAMIENTO Y CON MENOS COMPLICACIONES, PARA LOS PACIENTES CON ESOFAGITIS POR REFLUJO QUE AMERITAN MANEJO QUIRURGICO.

LA PRESENCIA DE HERNIA HIATAL ES COMUN ENTRE INDIVIDUOS SANOS ASINTOMATICOS. SOLO EN PRESENCIA DE REFLUJO GASTROESOFAGICO EXISTE SINTOMATOLOGIA DE ESOFAGITIS PEPTICA (1).

SE CALCULA QUE EL 36% DE LA POBLACION GENERAL PRESENTA SINTOMATOLOGIA POR REFLUJO GASTROESOFAGICO (2). 15% DE LA POBLACION PRESENTA PIROSIS UNA VEZ CADA MES Y NO ACUDE EN BUSCA DE TRATAMIENTO MEDICO. 14% DE LA POBLACION PRESENTA SINTOMATOLOGIA DE REFLUJO G/E. UNA VEZ A LA SEMANA, Y DE ESTOS UN TERCIO SUELE ACUDIR EN BUSCA DE TRATAMIENTO. 7% DE LA POBLACION PRESENTA SINTOMAS DE ESOFAGITIS PEPTICA DIARIAMENTE Y DE ELLOS UN 87% ACUDE EN BUSCA DE TRATAMIENTO MEDICO. TENEMOS ENTONCES QUE ALREDEDOR DE UN 10% DE LA POBLACION ACUDIRA EN BUSCA DE TRATAMIENTO POR PRESENTAR SINTOMATOLOGIA CAUSADA POR REFLUJO GASTROESOFAGICO.

EL 40% DE LOS PACIENTES QUE SUFREN SINTOMATOLOGIA POR EL REFLUJO G/E, PRESENTAN MEJORIA CON TRATAMIENTO SIMPLE EN BASE A MEDIDAS HIGIENICO-DIETETICAS. OTRO 50% MEJORARA CON MEDIDAS HIGIENICO-DIETETICAS Y TRATAMIENTO FARMACOLOGICO. Y SOLO UN 10% DE ESTOS REQUIEREN DE TRATAMIENTO QUIRURGICO.

ESTE TRABAJO ESTA DISEÑADO PARA OFRECER EL MEJOR TRATAMIENTO QUIRURGICO POSIBLE Y CON MENOR PORCENTAJE DE COMPLICACIONES, PARA ESTE 10% DE LOS PACIENTES CON ESOFAGITIS POR REFLUJO G/E.

EN BASE A LA EXPERIENCIA ACUMULADA DURANTE 18 AÑOS DE FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL GENERAL DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ, Y APOYADOS EN LOS AVANCES REPORTADOS EN LA LITERATURA MUNDIAL, SE HA LOGRADO OFRECER DIA CON DIA MEJORES OP-

## A N T E C E D E N T E S    H I S T O R I C O S

LAS PRIMERAS DESCRIPCIONES SOBRE HERNIAS DIAFRAGMATICAS FUERON REALIZADAS POR AMBROSIO PARE HACE MAS DE 400 AÑOS. EL AÑO DE 1847, BOWDITCH PUBLICA SU TRATADO DE HERNIA DIAFRAGMATICA EN EL CUAL HACE NOTAR QUE EXISTE AUN MUCHO - POR INVESTIGAR PARA LOGRAR UN BUEN TRATAMIENTO DE ESTE PADECIMIENTO (3).

ES HASTA PRINCIPIOS DE ESTE SIGLO CUANDO SE INICIAN LOS TRABAJOS PARA DEMOSTRAR QUE EL ESOFAGO NO ES UN TUBO INERTE POR EL CUAL UNICAMENTE DEBIDO A LA FUERZA DE GRAVEDAD TRANSITAN LOS ALIMENTOS HASTA EL ESTOMAGO, Y SE INVESTIGAN OTROS FACTORES QUE CONDICIONEN LA SINTOMATOLOGIA CAUSADA POR EL REFLUJO G/E, DESCARTANDO LA ALTERACION ANATOMICA COMO UNICA CAUSA DE DICHO PADECIMIENTO.

EL AÑO DE 1930 RITVO ENCONTRO QUE DE TODOS LOS PACIENTES CON HERNIA HIATAL, SOLO UN 23% DE ELLOS ERAN SINTOMATICOS. SWENSON ENCUENTRA QUE EXISTEN PACIENTES CON SINTOMATOLOGIA DE ESOFAGITIS PEPTICA POR REFLUJO AUN SIN QUE PRESENTEN HERNIA HIATAL (1).

HILL, BELSEY Y NISSEN PREGONAN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO EN BASE A TECNICAS IDEADAS CON MECANISMO ANTIREFLUJO PARA LOS PACIENTES SINTOMATICOS, Y REPORTAN MEJORES RESULTADOS CON ESTOS PROCEDIMIENTOS QUE LOS OBTENIDOS ANTERIORMENTE CON CIRUGIAS ENCAMINADAS UNICAMENTE A CORREGIR EL DEFECTO ANATOMICO DE LA HERNIA HIATAL ( 4, 5, 6). EL AÑO DE 1936, NISSEN EFECTUA POR PRIMERA VEZ LA FUNDUPLICACION, PERO PUBLICA SUS TRABAJOS Y ENFATIZA EN SU TECNICA HASTA 1956.

FYKE & CODE EN 1958, EN BASE A ESTUDIOS DE MANOMETRIA DESCUBREN QUE EXISTE UNA ZONA DE ALTA PRESION EN EL TERCIO INFERIOR DEL ESOFAGO, QUE CORRESPONDE A LA QUE HOY EN DIA SE LE DENOMINA ESFINTER ESOFAGICO INFERIOR, EL CUAL ESTA DEMOSTRADO FISIOLÓGICAMENTE MAS NO EN FORMA ANATOMICA (1).

EN LA DECADA DE LOS 60<sup>s</sup>, LIND PROPONE EFECTUAR LA FUNDUPLICACION TIPO NISSEN PERO NO A 360° SINO QUE EFECTUARLA SOLO A 270°

LOS METODOS DE MANOMETRIA, ENDOSCOPIA, QUIMISMO DE SECRECIONES GASTROINTESTINALES Y EL CONOCIMIENTO DE MECANISMOS NERVIOSOS Y HORMONALES, NOS HAN PERMITIDO TENER UN MEJOR CONOCIMIENTO EN LA FISIOPATOLOGIA DE LOS PADECIMIENTOS ESOFAGOGASTRICOS (7, 8, 9, 10).

EN 1967, HILL L. D. ENCONTRO QUE EN REALIDAD PARA EL CONTROL DEL REFLUJO G/E BASTA CON REALIZAR FUNDUPLICACION A 270° Y CON ELLO EXISTEN MENOS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS QUE LAS PRESENTES CUANDO SE REALIZA A 360° (11).

EN 1973 EN LOS E.U.A. SE INTENTA LA CORRECCION DEL REFLUJO G/E MEDIANTE LA COLOCACION DE UNA PROTESIS SINTETICA DE SILICON (ANGELCHIK), LA CUAL NO FUE LO BUENA QUE SE ESPERABA (12, 13, 14).

EL DR. BALISON EN 1973 PUBLICA UN ARTICULO EN EL CUAL RECOMIENDA REALIZAR SIEMPRE PLASTIA DE LOS PILARES DEL HIATO ESOFAGICO, CON LA FINALIDAD DE EVITAR LA MIGRACION HACIA EL TORAX DE LA FUNDUPLICACION (15). EN 1981, LEONARDI (16) ENFATIZO EN LA IMPORTANCIA DE EFECTUAR CIERRE DEL DEFECTO DEL HIATO ESOFAGICO, PARA EVITAR COMPLICACIONES TALES COMO HERNIA PARAESOFAGICA Y MIGRACION DE LA FUNDUPLICACION HACIA TORAX CON INCARCERACION EN EL MEDIASTINO POSTERIOR.

EN ENERO DE 1984, MAHER Y COLS. (17) RECOMIENDAN REALIZAR LA FUNDUPLICACION SUPRADIAPHRAGMATICA POR VIA TRANSTORACICA EN AQUELLOS CASOS QUE EXISTA ESOFAGO CORTO, HERNIA HIATAL GRANDE POR DESLIZAMIENTO NO REDUCTIBLE Y EN CASOS EN QUE YA EXISTA EN EL PACIENTE UNA CIRUGIA ANTIRREFLUJO PREVIA, REPORTANDO BUENOS RESULTADOS.

EN MAYO DE 1984, EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA DE LA UNIVERSIDAD DE CAROLINA DEL SUR, E.U.A., EL DR. HARRY B. GREGORIE JR. (18) REALIZA UN TRABAJO EN EL CUAL EFECTUA ADEMAS DE LA FUNDUPLICACION LA FIJACION DE LA UNION GASTROESOFAGICA Y LA FUNDUPLICACION CON UN PUNTO DE SUTURA NO ABSORBIBLE HASTA EL LIGAMENTO ARCUATO, CON LO CUAL SE EVITA LA FORMACION DE HERNIA PARAESOFAGICA, LA MIGRACION HACIA EL TORAX, LA COLOCACION DE PUNTOS A EL ESOFAGO QUE PUDIESEN OCACIONAR FISTULA, LESION A LOS NERVIOS VAGOS O ESTENOSIS POSTQUIRURGICA.

RECIENTEMENTE EN CASOS DE RESECCION ESOFAGICA EN LOS QUE SE DEBE -  
REALIZAR RECONSTRUCCION DEL TUBO DIGESTIVO MEDIANTE SUBSTITUCION DEL ESOFAGO SE  
PREFIERE EL ASCENSO GASTRICO CON ANASTOMOSIS EN TORAX O EN CUELLO Y YA NO SE ES-  
TA REALIZANDO LA CIRUGIA CON INTERPOSICION DE ASA DE INTESTINO DELGADO O DE COLON  
Y SE PROPONE REALIZAR FUNDUPLICACION RODEANDO LA ANASTOMOSIS ESOFAGO-GASTRICA -  
CON LA FINALIDAD DE EVITAR REFLUJO G/E Y TENER UNA MEDIDA EXTRA DE SEGURIDAD PA-  
RA EVITAR FUGAS A NIVEL ANASTOMOTICO (19, 20).

## H I P O T E S I S

BASADOS EN EL HECHO DE QUE LA SINTOMATOLOGIA Y LAS COMPLICACIONES - QUE SE PRESENTAN EN LA HERNIA HIATAL POR DESLIZAMIENTO SON OCACIONADOS POR EL RE FLUJO GASTROESOFAGICO. CABE SUPONER QUE BASTA CON REALIZAR UNICAMENTE CIRUGIA - CON TECNICA ANTIRREFLUJO, SIN QUE SEA NECESARIO EFECTUAR PLASTIA DEL HIATO PARA LOGRAR LA CURACION DEL PACIENTE, Y DE ESTA MISMA MANERA NOS EVITAMOS EL RIESGO - DE CAUSAR ESTENOSIS ESOFAGICA POSTOPERATORIA, LA CUAL SE OBSERVA CON CIERTA FRE CUENCIA POSTERIOR A LA PLASTIA DEL HIATO ESOFAGICO.



## O B J E T I V O S

A) ESTA TESIS SE DISEÑO PARA DEMOSTRAR QUE EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HERNIA HIATAL POR DESLIZAMIENTO CON HIPOTONIA DEL ESFINTER ESOFAGICO INFERIOR Y REFLUJO GASTROESOFAGICO, NO ES NECESARIO REALIZAR CIERRE DE LOS PILARES MEDIANTE LA PLASTIA DEL HIATO, BASTANDO UNICAMENTE CON REALIZAR LA FUNDUPLICACION.

B) Y A LA VEZ COMPROBAR QUE SI NO SE REALIZA LA PLASTIA DEL HIATO, EXISTEN MENOS COMPLICACIONES Y DE MAS FACIL MANEJO.

## J U S T I F I C A C I O N

1. ESTA VARIANTE ACORTA EL TIEMPO TRANSOPERATORIO Y POR ENDE DISMINUYE RIESGOS ANESTESICOQUIRURGICOS PARA EL PACIENTE Y DISMINUYE COSTOS INTRAHOSPITALARIOS.
2. EL PROCEDIMIENTO ES TECNICAMENTE MAS FACIL DE REALIZAR.
3. ESTA TECNICA ES SUFICIENTE PARA EL CONTROL DE LA ENFERMEDAD.
4. CON ESTA VARIANTE SE EVITAN LAS COMPLICACIONES OCASIONADAS POR EL REFLUJO GASTROESOFAGICO.
5. AL NO REALIZAR LA PLASTIA DEL HIATO SE EVITAN RIESGOS INNECESARIOS DE OCASIONAR ESTENOSIS ESOFAGICA POSTQUIRURGICA Y POR LO TANTO EVITA LAS MOLESTIAS Y LOS COSTOS QUE OCASIONA LA REHABILITACION ESOFAGICA CON DILATACIONES POSTERIORES.
6. DISMINUYE LA INCIDENCIA DE DISFAGIA EN EL POSTOPERATORIO LA CUAL ES CAUSADA POR LA PLASTIA DEL HIATO.

## F I S I O P A T O L O G I A

LA ENFERMEDAD ESOFAGICA POR REFLUJO, SE CONSIDERA UN PADECIMIENTO MULTIFACTORIAL EN EL CUAL SE RELACIONAN FACTORES TALES COMO LOS HABITOS DIETETICOS, EL TABAQUISMO, EL ALCOHOLISMO, LA OBESIDAD, LA ACTIVIDAD FISICA, FARMACOS - COMO LAS XANTINAS, ETC. (17, 21, 22, 23,24,25, 38).

EN CONDICIONES NORMALES EL SER HUMANO TIENE LA CAPACIDAD PARA EVITAR EL DAÑO AL ESOFAGO CAUSADO POR REFLUJO DE SECRECIONES. LOS MECANISMOS DE DEFENSA INCLUYEN: LA COMPETENCIA DE LAS ESTRUCTURAS INVOLUCRADAS PARA EVITAR EL REFLUJO GASTROESOFAGICO, LA RESISTENCIA DE LA MUCOSA A LAS SECRECIONES REFLUIDAS Y EL CORRECTO VACIAMIENTO ESOFAGICO Y GASTRODUODENAL (10, 21).

### 1.- MECANISMOS QUE IMPIDEN EL REFLUJO:

#### a) COMPETENCIA DEL ESFINTER ESOFAGICO INFERIOR.

- ACCION VAGAL
- INTEGRIDAD DE LA MUSCULATURA CIRCULAR
- EFECTOS HORMONALES DEL SISTEMA A.P.U.D.
- EMPLEO DE FARMACOS

#### b) DISPOSICION ANATOMICA DE LA TRANSICION ESOFAGO/GASTRICA. (DE MENOR IMPORTANCIA)

- DISPOSICION DE LA MUSCULATURA EN LA TRANSICION ESOFAGO/GASTRICA (CORDATA).
- INSERCIÓN DEL ESOFAGO EN EL ESTOMAGO DE MANERA OBLICUA (ANGULO DE HIS).
- DISPOSICION DE LOS PLIEGUES MUCOSOS GASTRICOS EN LA DESEMBOLCADERA ESOFAGICA (VALVULA DE GUBAROW).
- FIJACION DEL CARDIAS EN SU SITIO MEDIANTE EL REPLIEGUE PERITONEAL Y LA MEMBRANA FRENOESOFAGICA.
- ACCION CONSTRICTORA DEL PILAR DERECHO DEL DIAFRAGMA (POCA VALIDEZ).
- PRESION POSITIVA ABDOMINAL E INTRAGASTRICA QUE ACCIONAN MECANISMO DE VALVULA (GUBAROW Y ANGULO DE HIS).

**2.- RESISTENCIA DE LA MUCOSA ESOFAGICA A LAS SECRECIONES REFLUIDAS.**

- NEUTRALIZACION POR DEGLUCION DE SALIVA.
- CAPA IMPERMEABLE DE POLISACARIDOS.
- CITOPROTECCION POR SECRECION DE MOCO.
- RECAMBIO DE LA CAPA CELULAR DE LA MUCOSA CADA 6 DIAS.

**3.- CORRECTO FUNCIONAMIENTO EN EL VACIAMIENTO ESOFAGICO Y GASTRODUODENAL.**

**a) ELIMINACION RAPIDA DE LAS SECRECIONES REFLUIDAS.**

- PERISTALTISMO ESOFAGICO
- MECANISMO DE LA DEGLUCION
- TONO DEL ESFINTER ESOFAGICO INFERIOR

**b) VACIAMIENTO GASTRODUODENAL EFICAZ.**

- ACCION VAGAL
- INTEGRIDAD DE LA MUSCULATURA
- CORRECTO FUNCIONAMIENTO PILORICO
- AUSENCIA DE ENF. ULCEROSA O TUMORAL
- EFECTOS HORMONALES DEL SISTEMA A.P.U.D.
- EMPLEO DE FARMACOS.

CUANDO EXISTEN ALTERACIONES A CUALES QUIERA DE ESTOS MECANISMOS DE DEFENSA, EXISTIRA ESOFAGITIS POR REFLUJO. EXISTEN OTROS FACTORES DE IMPORTANCIA EN LA APARICION DE ESOFAGITIS PEPTICA, COMO SON: LA COMPOSICION Y PH DE EL MATERIAL REFLUIDO, LA CANTIDAD Y LA FECUENCIA DEL REFLUJO. EL MISMO HECHO DE EXISTIR ESOFAGITIS PEPTICA OCASIONA ALTERACION A OTROS MECANISMOS DE DEFENSA AGRAVANDO CON ELLO EL PROBLEMA (10).

## MANIFESTACIONES CLINICAS

LA ESOFAGITIS POR REFLUJO SE MANIFIESTA DE MUY DIFERENTES MANERAS - EN UN PACIENTE U OTRO, SIN EXISTIR UN PATRON ESTANDAR DE SINTOMATOLOGIA. EN OCA- SIONES ASEMEJA UN CUADRO DE ANGINA DE PECHO, O BIEN UN PROCESO ULCEROPEPTICO, O UN CUADRO DE COLECISTITIS, TAMBIEN PUEDE MANIFESTARSE POR LA PRESENCIA DE CUADROS BRONCOPULMONARES DE REPETICION, POR S.T.D.A., POR TORTICOLIS EN LOS NIÑOS (SX. DE SANDIFER), O POR UN SINDROME ESOFAGICO OBSTRUCTIVO. A PESAR DE QUE PUEDE CONFUN- DIRSE EL PADECIMIENTO CON OTROS SINDROMES, SUELEN EXISTIR DATOS QUE NOS ORIENTAN HACIA LA ETIOLOGIA DE ESOFAGITIS POR REFLUJO O BIEN DURANTE LOS ESTUDIOS DE GA- BINETE PARA DETECTAR OTRAS PATOLOGIAS SE HACE EVIDENTE LA PRESENCIA DE LA HERNIA HIATAL (7, 8, 23).

DENTRO DE LOS DATOS CLINICOS QUE CON MAYOR FRECUENCIA SE ENCUENTRAN EN LOS PACIENTES CON ESOFAGITIS POR REFLUJO TENEMOS: DOLOR ARDOROSO EN EL EPI- GASTRIO QUE SE EXACERBA CON LA INGESTA DE IRRITANTES, ALIMENTOS RICOS EN GRASAS, COMIDAS COPIOSAS, INGESTA DE ALCOHOL, Y TABAQUISMO, EL DOLOR SE IRRADIA HACIA - LA REGION RETROESTERNAL, AUMENTA DURANTE EL DECUBITO Y AUMENTA AL EMPLEAR ROPAS AJUSTADAS, SUELE DISMINUIR CON LA POSICION ERECTA Y A LA INGESTA DE ANTIACIDOS, EL PACIENTE MANIFIESTA TAMBIEN REGURGITACIONES, PIROSIS, ERUCTOS, NAUSEA Y VOMITO, EN OCASIONES DISFAGIA Y EN RARAS VECES SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO (8,23, 24).

LA EXPLORACION FISICA RARA VEZ NOS APORTA DATOS DE UTILIDAD, Y ES- TOS LOS DETECTAMOS POR LO GENERAL CUANDO EXISTEN COMPLICACIONES. POR EJEMPLO; - DESNUTRICION EN GRADO VARIABLE EN LOS CASOS DE ESTENOSIS, DATOS DE ANEMIA CRO- NICA CUANDO EXISTEN ULCERACIONES CON SANGRADO, SE PONDRAN AUSCULTAR ESTERTORES - CUANDO EXISTE BRONCOASPIRACION, SE PODRAN AUSCULTAR RUIDOS HIDROAEREO EN TORAX EN CASOS DE GRAN HERNIA HIATAL, CUANDO EL REFLUJO ES IMPORTANTE Y FRECUENTE, PO- DRAN DETECTARSE GLOSITIS Y GINGIVITIS (23, 24).

EN TODO PACIENTE EN QUIEN SE SOSPECHA DE ESOFAGITIS POR REFLUJO PRIMARIAMENTE SE DEBERAN HACER SUS EXAMENES RUTINARIOS COMO BIOMETRIA HEMATICA, QUIMICA SANGUINEA, RX DE TORAX, GUAYACO EN HECE Y SE DEBERAN EFECTUAR ESTUDIOS DE GABINETE Y AUXILIARES PARA CORROBORAR EL DIAGNOSTICO. EN CASOS QUE SE SOSPECHE - ESCLERODERMIA SE DEBERA EFECTUAR BIOPSIA DE LA PIEL.

#### M E T O D O S   D I A G N O S T I C O S

**RX. SERIE ESOFAGOGASTRODUODENAL.- ESTUDIO SIMPLE.-** NOS DEMUESTRA LA PRESENCIA DE HERNIA HIATAL, SU TAMAÑO Y ALTERACIONES GRUESAS DEL CONTRONO ESOFAGICO, ASI COMO ALTERACIONES CONCOMITANTES EN EL RESTO DEL ESOFAGO, Y EL DUODENO ASI COMO CAMARA GASTRICA.

**ESTUDIO CON FLUOROSCOPIA.-** NOS DEMUESTRA LA PRESENCIA DE REFLUJO GASTROESOFAGICO, EL DESLIZAMIENTO Y REDUCTIBILIDAD DE LA HERNIA Y VALORA LA PERISTALSIS ESOFAGICA Y TRASTORNOS DE LA MOTILIDAD.

**ESTUDIO CON DOBLE CONTRASTE.-** NOS MUESTRA DETALLES MAS FINOS DE LA MUCOSA DE TUBO DIGESTIVO SUPERIOR, PUDIENDOSE VISUALIZAR ULCERACIONES, PSEUDOPOLIPOS Y CON MAYOR DETALLE LOS CONTORNOS EN CASOS DE ESTENOSIS Y LA LONGITUD DE LA MISMA, ASI COMO NOS ES UTIL PARA DETECTAR SI EXISTEN COMPRESIONES QUE NO SEAN POR CAUSA INTRALUMINAL Y NOS DEMARCA CON MAYOR EXACTITUD LA LINEA DE CONSTRICCION EN EL ANILLO DE CHATSKI.

**PRUEBA DE BERSTEIN.-** CONSISTE EN LA INSTILACION DE UNA DILUCION DE ACIDO CLORHIDRICO EN ESOFAGO, ALTERNANDO CON INSTILACION DE SOLUCION SALINA CON LA FINALIDAD DE DESPERTAR LA SINTOMATOLOGIA DE ESOFAGITIS DURANTE EL PASO DEL ACIDO, Y QUE ESTA NO SE PRESENTE CON EL PASO DE LA SOLUCION SALINA.

**ENDOSCOPIA.-** ES UN EXCELENTE METODO EN EL DIAGNOSTICO DE ESTA PATOLOGIA Y DE UTILIDAD PARA EL CONTROL POSTERIOR AL TRATAMIENTO. CON ESTE PROCEDIMIENTO SE DETECTA LA PRESENCIA DE HERNIA HIATAL Y SUS DIMENSIONES, SE APRECIA LA PRESENCIA Y EL GRADO DE ESOFAGITIS, SE PUEDE EFECTUAR BIOPSIA DE LA MUCOSA, SE DETECTAN PATOLOGIAS ASOCIADAS ESOFAGICAS, GASTRICAS Y DUODENALES, SE OBSERVA LA PRESENCIA DEL AREA DEL ESFINTER ESOFAGICO INFERIOR Y SI ESTE SE CIERRA NORMALMENTE O ES INCOMPETENTE. LA CLASIFICACION DE LA ESOFAGITIS MEDIANTE LA ENDOSCOPIA ES LA SIGUIENTE:

- GRADO I EDEMA E HIPERHEMIA DE LA MUCOSA
- GRADO II EROSIONES O ULCERACION SUPERFICIAL
- GRADO III ULCERACION Y FIBROSIS PANMURAL
- GRADO IV ESTENOSIS ESOFAGICA

**MANOMETRIA ESOFAGICA.-** METODO DE SUMA UTILIDAD EN LOS TRASTORNOS MOTORES DEL ESOFAGO. NOS MIDE EL TONO Y LAS PRESIONES DEL ESFINTER ESOFAGICO INFERIOR, Y LA MOTILIDAD DEL ESOFAGO EN DIFERENTES SITUACIONES (DEGLUCION, REPOSO, VIGILIA, SUEÑO, ETC.).

**GAMMAGRAFIA ESOFAGICA.-** ES DE SUMA UTILIDAD PARA DEMOSTRAR LA PRESENCIA DEL REFLUJO G/E. TAMBIEN ES UN EXCELENTE METODO PARA DETECTAR BRONCOASPIRACION.

**MONITOREO CONTINUO DEL PH ESOFAGICO.-** NO SE REALIZA EN MEXICO. PROCEDIMIENTO MEDIANTE UN ELECTRODO TRANSDUCTOR COLOCADO EN ESOFAGO, EL CUAL REGISTRA DURANTE 24 HORAS LOS CAMBIOS DEL PH, REGISTRANDOLOS EN UNA CINTA LA CUAL SE COLOCA EN UNA COMPUTADORA PARA GRAFICAR EL RESULTADO. DURANTE EL MONITOREO EL PACIENTE HACE SU VIDA DIARIA NORMAL, PERO EN 3 OCASIONES DEBERA REALIZAR MANIOBRA DE VALSALVA O TOSER.

**ESPECIFICIDAD Y SENSIBILIDAD DE LOS  
METODOS DIAGNOSTICOS**

LA S.E.G.D. CON FLUOROSCOPIA TIENE UNA SENSIBILIDAD DEL 40% Y UNA ESPECIFICIDAD DEL 85%. Y CON DOBLE CONTRASTE AUMENTA LA SENSIBILIDAD AL 55% Y LA ESPECIFICIDAD AL 87%.

LA MANOMETRIA ESOFAGICA TIENE UNA SENSIBILIDAD DEL 58% Y UNA ESPECIFICIDAD DEL - 84%.

LA ENDOSCOPIA TIENE UNA SENSIBILIDAD PARA DIAGNOSTICAR ESOFAGITIS DE UN 95%, CON UNA ESPECIFICIDAD DEL 100%.

LA PRUEBA DE BERSTEIN, LO UNICO QUE INDICA ES EL GRADO DE SUCEPTIBILIDAD DE LA - MUCOSA ESOFAGICA EN RESPUESTA AL ACIDO CLORHIDRICO.

PARA MAYORES DETALLES VEASE REFERENCIAS ( 5, 7, 8, 9, 23).

## T R A T A M I E N T O

PARA LOS PACIENTES CON ESOFAGITIS POR REFLUJO G/E HOY EN DIA PODEMOS OFRECER TRES FASES TERAPEUTICAS, DEPENDIENDO DE LA SEVERIDAD Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO ( 2, 12, 27, 28).

FASE I.- MEJORIA EN UN 40% DE LOS CASOS. BASADO EN MEDIDAS HIGIENICO/ DIETETICAS.

DISMINUCION DE PESO  
 ELEVACION DE LA CABECERA DE LA CAMA  
 EVITAR EL USO DE ROPAS APRETADAS  
 EVITAR LAS COMIDAS COPIOSAS  
 EVITAR ALIMENTOS RICOS EN GRASAS  
 EVITAR ALIMENTOS MUY CONDIMENTADOS  
 EVITAR LOS ALIMENTOS QUE EL PROPIO PACIENTE NO TOLERE  
 EVITAR LAS BEBIDAS ALCOHOLICAS  
 EVITAR EL TABACO  
 EVITAR LAS BEBIDAS GASEOSAS  
 FRACCIONAR LA DIETA EN QUINTOS  
 SE PUEDE INDICAR TX CON ANTIACIDOS

FASE II.- MEJORIA EN OTRO 50% DE LOS CASOS. EN ESTA FASE SE INCLUYEN LAS MEDIDAS SEÑALADAS EN LA FASE I, AUNADO A TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.

BETHANECOL - PARA AQUELLOS CASOS CON DEFECTO DE EVACUACION ESOFAGICA.  
 BETHANECOL O METOCLOPRAMIDA - EN CASOS DE H.E.E.I.  
 DOMPERIDONA O METOCLOPRAMIDA - CUANDO HAY VACIAMIENTO GASTRICO RE  
 TARDADO.  
 CIMETIDINA O RANITIDINA - EN CASOS CON HIPERACIDEZ GASTRICA.  
 PROSTAGLANDINAS.- EN CASOS DE HIPERSECRECION GASTRICA.

FASE III.- TRATAMIENTO CON CIRUGIA ANTIRREFLUJO. SOLO UN 10% DE LOS PACIENTES - AMERITARAN ESTE TIPO DE MANEJO.



INDICACIONES PARA SOMETER A TRATAMIENTO QUIRURGICO A UN  
PACIENTE CON HERNIA HIATAL Y ESOFAGITIS POR REFLUJO  
GASTROESOFAGICO (2,3,7,8,12,19,23,24,26,28,29,30)

1. PRESENCIA DE HERNIA HIATAL EXCEPCIONALMENTE GRANDE.
2. PRESENCIA DE HERNIA PARAESOFAGICA.
3. PRESENCIA DE HERNIA HIATAL IRREDUCTIBLE CON PERSISTENCIA DEL REFLUJO Y ESOFAGITIS PEPTICA.
4. PACIENTES QUE PRESENTAN ESOFAGITIS GRADO III O IV.
5. PACIENTES QUE NO SE SOMETERAN EN FORMA ADECUADA AL TRATAMIENTO MEDICO.
6. FALTA DE RESPUESTA AL MANEJO MEDICO (12 MESES).
7. PRESENCIA DE COMPLICACIONES.

TECNICAS QUIRURGICAS CON MECANISMO ANTIRREFLUJO  
MAS ACEPTADAS EN LA ACTUALIDAD

1. NISSEN
2. BELSEY MARK IV
3. HILL
4. LOTART - JACOB
5. THAL
6. GUARNER
7. ANGELCHIK

**COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS**

LAS COMPLICACIONES DESPUES DE LA CIRUGIA EN EL MANEJO DE LA HERNIA HIATAL Y EL REFLUJO GASTROESOFAGICO, PUEDEN SER DEBIDAS A MALA SELECCION DEL ENFERMO, A DEFECTOS TECNICOS QUIRURGICOS Y AL PROCEDIMIENTO REALIZADO. EXISTEN - COMPLICACIONES INMEDIATAS, TEMPRANAS Y TARDIAS. (4,15,16,31,32,33,34).

**COMPLICACIONES INMEDIATAS.-**

HEMORRAGIA

PERFORACION ESOFAGICA

LESION A NERVIOS VAGOS

LESION AL BAZO

LESION AL HIGADO

DESGARRO DE LOS PILARES DEL DIAFRAGMA

**COMPLICACIONES MEDIATAS Y TEMPRANAS.-**

INFECCION DE LA HERIDA QUIRURGICA

DEHISCENCIA DE SUTURA

EVICERACION POSTQUIRURGICA

ABSCESO SUBFRENICO

DISTENSION GASTRICA

ILEO ADINAMICO

DISFAGIA TRANSITORIA

COMPLICACIONES RESPIRATORIAS

**COMPLICACIONES TARDIAS.-**

**ESTENOSIS DEL TERCIO INFERIOR DEL ESOFAGO**  
**RECIDIVA DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO**  
**SINDROME DE ATRAPAMIENTO DE AIRE**  
**SINDROME DE ATRAPAMIENTO DEL VAGO**  
**HERNIA PARAESOFAGICA**  
**MIGRACION DE LA FUNDUPLICACION HACIA TORAX**  
**DESPLAZAMIENTO DE LA FUNDUPLICACION EN SENTIDO CAUDAL**  
**ALTERACIONES DE LA MOTILIDAD ESOFAGICA**  
**INCARCERACION GASTRICA EN EL HIATO**

**LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS POR ABORDAJE TRANSTORACICO CURSAN ADEMÁS CON EL -**  
**RIESGO DE PRESENTAR COMPLICACIONES INHERENTES A LA TORACOTOMIA.**

**MANEJO DE LAS COMPLICACIONES TARDIAS**  
**POSTOPERATORIAS**

**LAS COMPLICACIONES PUEDEN SER MANEJADAS CON TRATAMIENTO MEDICO Y -**  
**MEDIDAS HIGIENICO/DIETETICAS O REQUERIR REINTERVENCION QUIRURGICA.**

**EN CASO DE ESTENOSIS POSTOPERATORIA, SE PUEDE EFECTUAR TRATAMIENTO**  
**EN BASE A REHABILITACION ESOFAGICA CON DILATACIONES, PERO EN OCASIONES SERA NE--**  
**CESARIA LA REINTERVENCION QUIRURGICA.**

**SI EXISTE DISFAGIA TRANSITORIA, EL TRATAMIENTO ES CON MEDIDAS HIGIE**  
**NICO/DIETETICAS Y RARA VEZ CON DILATACIONES ESOFAGICAS.**

**CUANDO OCURRE ATRAPAMIENTO DEL VAGO PUEDE SER MANEJADO CON DIETA, -**  
**DOMPERIDONA O METOCLOPRAMIDA POR 3 MESES O BIEN NECESITARSE CIRUGIA LA QUE PUEDE**  
**SER LA SIMPLE LIBERACION DEL NERVI O BIEN COMPLETAR LA VAGOTOMIA Y EFECTUAR PI-**  
**LOROPLASTIA O PILOROMIOTOMIA.**

SI SE PRESENTA EL SINDROME DE LA BURBUJA DE AIRE ATRAPADO, SE SUELEN MEJORAR LOS SINTOMAS CON TRATAMIENTO CONSERVADOR, PERO EN ALGUNOS CASOS HAY QUE DESHACER LA FUNDUPLICACION Y REHACERLA DE MANERA PERFECTA.

SI HUBIERA HERNIA PARAESOFAGICA, EL TRATAMIENTO SIEMPRE ES QUIRURGICO, ASI COMO EN LOS CASOS DE INCARCERACION GASTRICA EN EL HIATO, O CASOS EN LOS QUE LA FUNDUPLICACION SE DESLIZA EN FORMA CAUDAL OCASIONANDO CONSTRICCION DEL CUERPO GASTRICO. EN CASO DE LA MIGRACION DE LA FUNDUPLICACION HACIA EL TORAX, SOLO SERA NECESARIO EL TRATAMIENTO QUIRURGICO SI ESTO OCASIONA SINTOMATOLOGIA O PROBLEMAS PARA EL PACIENTE.

CUANDO HAY TRASTORNOS DE LA MOTILIDAD ESOFAGICA, ESTOS PUEDEN MANEJARSE CON MEDIDAS HIGIENICO/DIETETICAS Y BETHANECOL, Y ALGUNAS VECES CON DILATACIONES ESOFAGICAS.

EN CASOS DE RECIDIVA DEL REFLUJO, SE PUEDE MANEJAR CON LOS TRATAMIENTOS DE LA FASE I Y II ANTES MENCIONADOS Y CON ELLO HABRA MEJORIA EN UN 95% DE LOS CASOS; SI NO RESULTA, ESTA INDICADA LA REINTERVENCION QUIRURGICA.

LAS COMPLICACIONES TALES COMO HERNIAS POSTINCISIONALES, EVENTRACIONES POSTQUIRURGICAS E INFECCIONES DE LA HERIDA, NO SERAN REVISADAS YA QUE FORMAN PARTE DE OTRO TEMA.

## MATERIAL Y METODOS

EL PRESENTE TRABAJO SE LLEVO A CABO EN EL HOSPITAL GENERAL DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ (I.S.S.S.T.E.), DESDE EL 1<sup>o</sup> DE ENERO DE 1986 HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DEL MISMO AÑO, ESTUDIANDOSE TODOS LOS PACIENTES QUE FUERON SOMETIDOS A TRATAMIENTO QUIRURGICO PARA LA HERNIA HIATAL CON HIPOTONIA DEL E.E.I. Y REFLUJO GASTROESOFAGICO, SIENDO UN TOTAL DE 52, DE LOS CUALES 28 FUERON HOMBRES Y 24 MUJERES, CON EDADES COMPRENDIDAS DESDE LOS 21 HASTA LOS 75 AÑOS, CON UNA MEDIA DE  $45 \pm 3$ . CINCO FUERON EXCLUIDOS DEL TRABAJO POR PRESENTAR ESTENOSIS ESOFAGICA PREOPERATORIA, QUEDANDO UN TOTAL DE 47 PACIENTES PARA EL ESTUDIO.

SE FORMARON DOS GRUPOS AL AZAR, PARA COMPARAR LOS RESULTADOS Y EL INDICE DE COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS TARDIAS EN CADA UNO DE ELLOS:

GRUPO 'A' (PROBLEMA).- 24 PACIENTES TRATADOS UNICAMENTE CON FUNDUPLICACION, EN 21 DE LOS CUALES FUE A 270° Y EN 3 A 360°.

GRUPO 'B' (TESTIGO).- 23 PACIENTES TRATADOS MEDIANTE PLASTIA DEL HIATO Y FUNDUPLICACION, EN 18 DE LOS CUALES FUE A 270° Y EN 5 A 360°.

A TODOS LOS PACIENTES SE LES REALIZO S.E.G.D. Y/O ENDOSCOPIA PREOPERATORIA Y FUERON SELECCIONADOS PARA TRATAMIENTO QUIRURGICO EN BASE A LAS INDICACIONES PRECISAS YA MENCIONADAS EN UN CAPITULO PREVIO; DURANTE LA INTERVENCION TODOS LOS PACIENTES TENIAN COLOCADA UNA SONDA NASOGASTRICA.

EL SEGUIMIENTO POSTERIOR A LA CIRUGIA SE LLEVO A CABO POR 2 A 8 MESES, CON UN PROMEDIO DE 3. SE EVALUARON LOS RESULTADOS MEDIANTE CLINICA EN 47 PACIENTES, S.E.G.D. EN 10 Y ENDOSCOPIA EN 20.

## R E S U L T A D O S

LOS RESULTADOS OBTENIDOS MEDIANTE LA EVALUACION CLINICA POSTOPERATORIA FUERON BUENOS EN 17 PACIENTES DEL GRUPO 'A' (70.8%), EN 12 DEL GRUPO 'B' (52.17%). LA FIGURA 1 NOS MUESTRA LOS PRINCIPALES SINTOMAS ENCONTRADOS EN LOS PACIENTES QUE PRESENTARON COMPLICACION EN CADA UNO DE LOS GRUPOS.

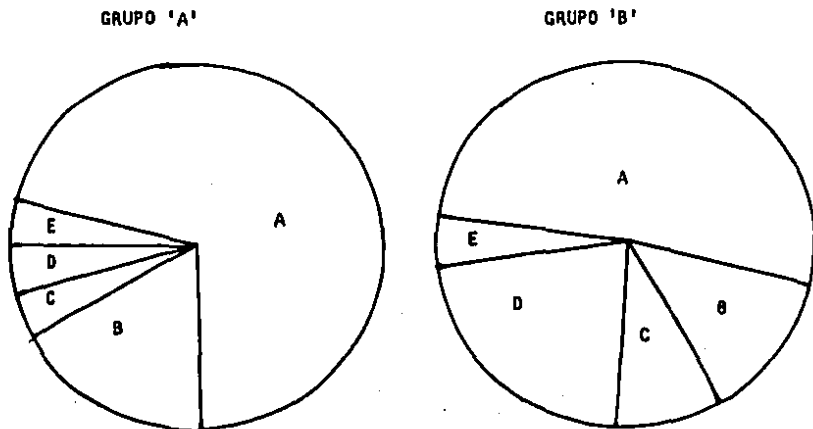
LA ENDOSCOPIA POSTOPERATORIA REPORTO BUENOS RESULTADOS EN 9 DE 10 PACIENTES DEL GRUPO 'A' (90%) Y EN 7 DE 10 DEL GRUPO 'B' (70%). LOS DATOS ENCONTRADOS SE ESQUEMATIZAN EN LA FIGURA 2.

LOS RX S.E.G.D. POSTOPERATORIOS MOSTRARON LOS RESULTADOS ENLISTADOS EN LA TABLA I.

LAS COMPLICACIONES QUE SE REGISTRARON Y EL TRATAMIENTO QUE FUE REQUERIDO PARA CADA UNA DE ELLAS ESTAN REPRESENTADOS EN LAS TABLAS II Y III.

DE LOS 5 PACIENTES A QUIENES SE LES REALIZO PLASTIA DEL HIATO Y FUNDUPLICACION A 360°, 2 PRESENTARON ESTENOSIS Y UNO CURSO CON SX. DE ATRAPAMIENTO DEL VAGO, EN CAMBIO DE LOS 3 PACIENTES EN QUIENES SE REALIZO FUNDUPLICACION A 360° PERO SIN PLASTIA DEL HIATO, SOLO EN UNO EXISTIO DISFAGIA LEVE TRANSITORIA.

FIG. 1.- EVALUACION CLINICA POSTOPERATORIA



	GRUPO 'A'	GRUPO 'B'
A = BUENOS RESULTADOS	17 (70.8%)	12 (52.17%)
B = DISFAGIA LEVE TRANSITORIA	4 (16.6%)	3 (13.0%)
C = DOLOR RETROESTERNAL TRANSITORIO	1 (4.1%)	2 (8.6%)
D = DISFAGIA PERSISTENTE	1 (4.1%)	5 (21.7%)
E = DISTENSION GASTRICA POSTPRANDIAL	1 (4.1%)	1 (4.3%)

TOTAL 24 PACIENTES 23 PACIENTES

FIG. 2.- EVALUACION ENDOSCOPICA POSTOPERATORIA

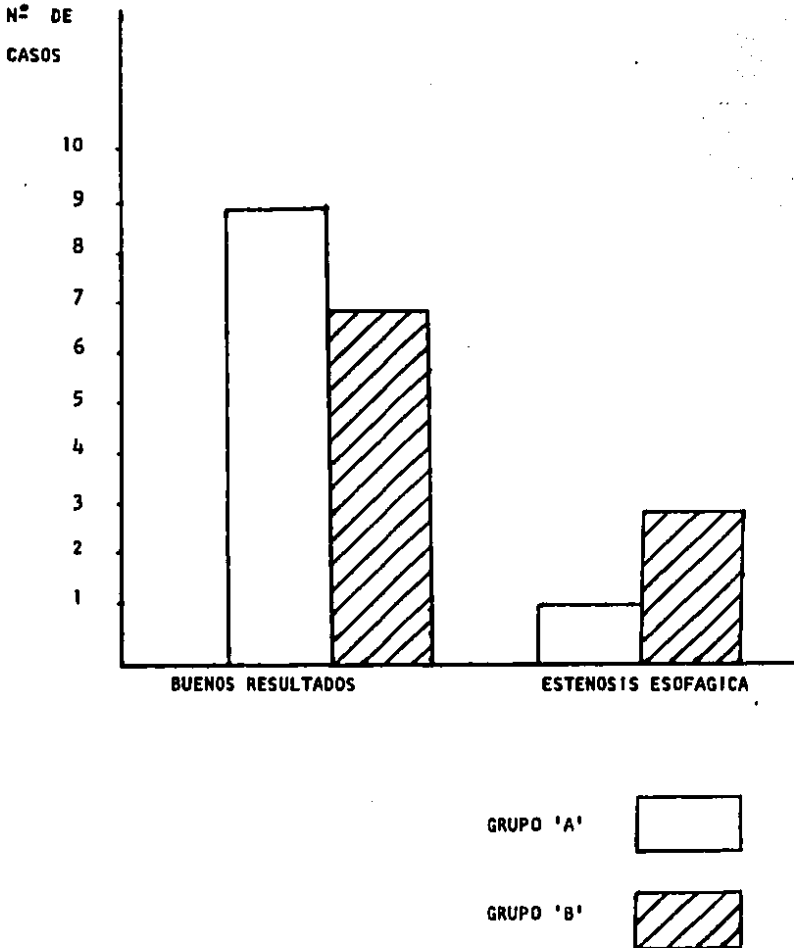




TABLA 1.- EVALUACION MEDIANTE S.E.G.D. POSTOPERATORIA

HALLAZGOS	GRUPO 'A'	GRUPO 'B'
BUENOS RESULTADOS	2	1
ESTENOSIS DEL ESOFAGO	1	3
DISTENSION GASTRICA CON RETARDO EN EL VACIAMIENTO	1	1
TRANSTORNOS DE LA MOTILIDAD DEL ESOFAGO	-	1
<b>SUBTOTAL</b>	<b>4</b>	<b>6</b>

TOTAL 10 PACIENTES.

TABLA II.- COMPARACION DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN CADA GRUPO.

	GRUPO 'A'	GRUPO 'B'
BUENOS RESULTADOS	17 (70.8%)	12 (52.17%)
DISFAGIA LEVE TRANSITORIA	4 (16.6%)	3 (13.0 %)
DOLOR RETROESTERNAL LEVE	1 ( 4.1%)	2 ( 8.6 %)
ESTENOSIS ESOFAGICA	1 ( 4.1%)	3 (13.0 %)
PERDIDA DE PESO	-	2 ( 3.6 %)
ATRAPAMIENTO DEL VAGO	1 ( 4.1%)	-
ALTERACIONES MOTORAS ESOFAGICAS	-	1 ( 4.3 %)
DISTENSION POSTPRANDIAL	1 ( 4.1%)	1 ( 4.3 %)

\* NOTA LOS PORCENTAJES EN CADA GRUPO NO SUMAN EL 100%, YA QUE ALGUNOS PACIENTES PRESENTARON MAS DE UNA COMPLICACION.

TABLA III.- MANEJO REQUERIDO DE LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS.

COMPLICACION	TX MEDICO/DIETETICO		DILATACIONES		REOPERACION	
	GRUPO 'A'	'B'	'A'	'B'	'A'	'B'
DISFAGIA TRANSITORIA	4	3				
DISFAGIA PERSISTENTE		1		2		
DOLOR RETROESTERNAL	1	2				
ATRAPAMIENTO DEL VAGO	1					
PERDIDA DE PESO		2				
ESTENOSIS ESOFAGICA			1	2		1
PERSISTENCIA DE SINTOMAS	1					
TOTALES	7 (29%)	8 (34%)	1 (4.1%)	4 (17%)	-	1 (4%)

\* LOS PORCENTAJES ESTAN EN RELACION A EL NUMERO TOTAL DE PACIENTES OPERADOS EN CADA UNO DE LOS GRUPOS.

## C O N C L U S I O N E S

EN BASE A LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL PRESENTE ESTUDIO, CONCLUI-  
MOS QUE EL EFECTUAR PLASTIA DE LOS PILARES DEL HIATO ESOFAGICO DE MANERA RUTINA-  
RIA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HERNIA HIATAL, NO DEBE LLEVARSE A CABO, -  
YA QUE ES SUFICIENTE EL REALIZAR UNICAMENTE FUNDUPLICACION PARA LOGRAR LA CURA-  
CION DEL PACIENTE, Y DE ESTA MANERA EVITAR EL RIESGO DE OCASIONAR ESTENOSIS --  
POSTOPERATORIA DEL TERCIO INFERIOR DEL ESOFAGO.

EN EL PRESENTE TRABAJO ENCONTRAMOS QUE EN 70.8% DE LOS PACIENTES -  
TRATADOS UNICAMENTE CON FUNDUPLICACION LOS RESULTADOS POSTOPERATORIOS FUERON EX-  
CELENTES Y EN 20.7%, LOS RESULTADOS FUERON BUENOS, CURSANDO SOLAMENTE CON DISFA-  
GIA LEVE O DOLOR RETROESTERNAL TRANSITORIOS, SUMANDO ASI UN 91.5% DE RESULTADOS  
SATISFACTORIOS. EN CAMBIO, LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LOS PACIENTES A QUIENES  
ADEMAS SE LES REALIZO LA PLASTIA DEL HIATO FUERON 52.17% DE EXCELENTES Y 21.6%  
BUENOS, LOGRANDO SOLAMENTE 73.7% DE RESULTADOS SATISFACTORIOS.

EN LOS PACIENTES EN QUIENES SE REALIZO TAMBIEN PLASTIA DEL HIATO, -  
HUBO 4 (17.3%) QUE AMERITARON DILATACIONES ESOFAGICAS POSTOPERATORIAS DEBIDO A  
COMPLICACIONES DEL PROCEDIMIENTO Y UN PACIENTE REQUIRIO DE REINTERVENCION QUIRUR-  
GICA. EN CAMBIO EN QUIENES NO SE REALIZO PLASTIA DEL HIATO Y FUERON MANEJADOS SO-  
LAMENTE CON FUNDUPLICACION SOLO UN PACIENTE (4.1%) AMERITO DILATACIONES ESOFAGI-  
CAS POSTOPERATORIAS.

PARA EVALUAR EL SERVICIO DE CIRUGIA DE NUESTRO HOSPITAL EN CUANTO -  
AL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HERNIA HIATAL, TENEMOS QUE CONSIDERAR A LOS DOS  
GRUPOS DE MANERA CONJUNTA, TENIENDO ENTONCES UN 82.9% DE RESULTADOS POSTOPERATO-  
RIOS SATISFACTORIOS, UN 4.35% DE COMPLICACIONES MENORES AJENAS AL PROCEDIMIENTO

INTRAABDOMINAL, UN 10.63% DE COMPLICACIONES QUE AMERITARON DILATACIONES ESOFAGICAS Y UN 2.12% ( UN CASO) QUE AMERITO REINTERVENCION QUIRURGICA.

SI QUEREMOS DISMINUIR LAS CIFRAS DE COMPLICACIONES Y MEJORAR LOS RESULTADOS SATISFACTORIOS POSTOPERATORIOS, ENTONCES NO DEBEMOS REALIZAR DE MANERA RUTINARIA PLASTIA DEL HIATO EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA DE LA HERNIA - HIATAL, LO CUAL QUEDARA RESERVADO UNICAMENTE PARA AQUELLOS CASOS EN QUE EXISTA HERNIA PARAESOFAGICA, HERNIA HIATAL EXCEPCIONALMENTE GRANDE (MAYOR DE 6 cm.) Y EN CASOS EN QUE EL COMPONENTE HERNIADO SEA OTRA VICERA ABDOMINAL AJENA AL FUNDUS GASTRICO; EN EL RESTO DE LOS CASOS EL TRATAMIENTO DEBERA SER UNICAMENTE MEDIANTE FUNDUPLICACION YA QUE CON ELLO SE LOGRA LA CURACION DEL PACIENTE Y TIENE MENOR - INCIDENCIA DE COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS.

## B I B L I O G R A F I A

1. SANTOS, G.H.  
IS HIATUS HERNIA RESPONSIBLE FOR REFLUX  
CHEST. 1983;84:242
2. JAMIESON, G.G., DURANCEAU, A.G.  
BASES FISIOLÓGICAS DEL TRATAMIENTO MÉDICO EN EL REFLUJO GASTRO -  
ESOPÁGICO.  
SURG CLIN NORTH AM. 1983;4:839
3. MARTINEZ, T.N., GAVIÑO, C.J.  
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL REFLUJO GASTROESOPÁGICO, ESOPAGITIS -  
PÉPTICA Y SUS COMPLICACIONES.  
REV GASTROENTEROL MEX. 1983;3:131
4. NEGRE, J.B.  
NISSEN FUNDOPPLICATION RESULTS OF 10 YEARS FOLLOW-UP  
Am J SURG. 1983;146:782
5. JONSELL, G., DE MESTIER, P.  
COMPARISON OF DIAGNOSTIC METHODS FOR SELECTION OF PATIENTS FOR  
ANTIREFLUX OPERATIONS.  
SURGERY. 1984;95:2
6. JAMIESON, G.G., DURANCEAU, A.G.  
WHAT IS A NISSEN FUNDOPPLICATION ?  
SURG GINECOL & OBSTET. 1984;159:591
7. SCHWARTZ, S.I.  
PRINCIPLES OF SURGERY  
4<sup>th</sup> EDITION, USA. 1984, MCGRAW HILL
8. SHACKELFOR, P.T.  
SURGERY OF THE ALIMENTARY TRACT  
2<sup>nd</sup> EDITION, USA. 1978, SAUNDERS
9. BRADCHAMP, G., DURANCEAU, A.G.  
ESOPAGOSCOPIA DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA  
SURG CLIN NORTH AM. 1983;4:797
10. JAMIESON, G.G., DURANCEAU, A.  
MECANISMOS DE DEFENSA DEL ESOPAGO  
SURG CLIN NORTH AM. 1983;4:783
11. HILL, L.D.  
AN EFFECTIVE OPERATION FOR HIATAL HERNIA  
Ann Surg. 1967;166:681

12. **SAMELSON, S.L., WEISER, H.F.**  
**A NEW CONCEPT IN THE SURGICAL TREATMENT OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX**  
**Ann Surg. 1983;193:254**
13. **BENJAMIN, S.B., KRUFF, T.K.**  
**THE ANGELCHIK ANTIREFLUX PROSTHESIS**  
**Ann Surg. 1983;197:63**
14. **SELA, A.**  
**TECNICA PARA LA COLOCACION ANATOMICA DE LA PROTESIS DE ANGELCHIK**  
**Surg Gynecol & Obstet.1984;158:179**
15. **BALISON, J.R., MCGREGOR, A.M.C.**  
**POSTOPERATIVE DIAPHRAGMATIC HERNIATION FOLLOWING TRANSTHORACIC FUNDOPPLICATION. A NOTE OF WARNING.**  
**Arch Surg. 1973;106:164**
16. **LEONARDI, H.K., CROZIER, R.E.**  
**REOPERATION FOR COMPLICATIONS OF THE NISSEN FUNDOPPLICATION**  
**J. Thorac Cardiovasc Surg. 1981;81:50**
17. **MAHER, HOCKING, WOODWARD**  
**FUNDOPPLICACION SUPRADIAPRAGMATICA - SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO**  
**Am J Surg. 1984;147:181**
18. **NYHUS, BAKER**  
**EL DOMINIO DE LA CIRUGIA**  
**1ª Edición Español. 1986**
19. **HENDERSON, R.D.**  
**TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON ESTENOSIS BENIGNA DEL ESOPAGO**  
**Surg Clin North Am. 1983;4:889**
20. **ORRINGER, M.B.**  
**TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA ESOPAGITIS POR REFLUJO ESCLERODERMICA**  
**Surg Clin North Am. 1983;4:859**
21. **LITTLE, A.G., MARTINEZ, E.I.**  
**DUODENOGASTRIC REFLUX AND REFLUX ESOPHAGITIS**  
**Surgery. 1984;96:447**
22. **BEAUCHAMP, G.**  
**REFLUJO GASTROESOPAGICO EN LA OBESIDAD**  
**Surg Clin North Am. 1983;4:869**
23. **ROMERO TORRES R.**  
**TRATADO DE CIRUGIA**  
**1ª Edición Mex. 1984**
24. **NORA, P.F.**  
**CIRUGIA GENERAL PRINCIPIOS Y TECNICAS**  
**1ª Edición EUA, Reimpr.1981 Mex.**

25. **VEGA, A.J., CASTELLANOS, J.A.**  
REFLUJO GASTROESOPAGICO - FISIOPATOLOGIA  
MEMORIA DE LA 'X' REUNION, ASOCIACION MEXICANA DE CIRUGIA  
GENERAL. 1986
26. **WATSON, A.**  
EL ROL DE LA CIRUGIA ANTIRREFLUJO COMBINADA CON DILATACION EN-  
DOSCOPICA EN LA ESTENOSIS PEPTICA DEL ESOPAGO  
Am J Surg. 1984;148:346
27. **McCALLUM, R.W., PINK, S.M.**  
EFECTOS DE LA METOCLOPRAMIDA Y EL BETHANECOL EN EL RETARDO DEL  
VACIAMIENTO GASTRICO PRESENTE EN LOS PACIENTES CON REFLUJO GAS-  
TROESOPAGICO  
Gastroenterology. 1983;84:1573
28. **HUGUIER, M., BERNADES, P.**  
TRATAMIENTO MEDICO Y QUIRURGICO DE LAS ENFERMEDADES DIGESTIVAS  
1ª Edicion, Esp. 1984
29. **GREGORIE, H.B., CATHCART, R.S.**  
SURGICAL TREATMENT OF INTRATABLE ESOPHAGITIS  
Ann Surg. 1984;199:580
30. **CERVANTES, C.C., GUTIERRES, S.C.**  
TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HERNIA HIATAL. ANALISIS DE 3 AÑOS  
Rev Gastroenterol Mex. 1983;48:71
31. **HOWARD, K.I.**  
COMPLICACIONES DE LA FUNDUPLICACION DE NISSEN  
Surg Clin North Am. 1983;6:1155
32. **SKANDALAKIS, J.E., GRAY, S.W., ROWE, J.S.**  
COMPLICACIONES ANATOMICAS EN CIRUGIA GENERAL  
1ª Edición EUA, 1983 Traducc. Esp.
33. **MAHER, WOODWARD**  
FUNDUSPLICATURA SUPRADIAPHRAGMATICA - ANALISIS DE SUS COMPLICACIONES  
Am J Surg. 1984;147:181
34. **WALD, H.**  
ANATOMICAL VARIATIONS IN HIATAL AND UPPER GASTRIC AREAS AND THEIR  
RELATIONSHIP TO DIFFICULTIES EXPERIENCED IN OPERATIONS FOR REFLUX  
ESOPHAGITIS  
Ann Surg. 1983;193:389
35. **HAMILTON, S.R.**  
ESOPAGO DE BARRETT: SU PREVALENCIA Y ASOCIACION CON ADENOCARCINO-  
MA EN PACIENTES CON SINTOMAS DE REFLUJO GASTROESOPAGICO  
Am J Surg. 1984;149:187
36. **WALTHER, B., DEMERSTER, T.**  
EFECTOS DE LA HERNIA PARAESOPAGICA SOBRE LA PRESION DEL E.E.I.  
IMPLICA TRATAMIENTO QUIRURGICO.  
Am J Surg. 1984;147:1111



37. MODDERN, G.L., JAMIESON, G.G.  
FUNDOPPLICATION ENHANCES GASTRIC EMPTIYING  
Ann Surg. 1985;205:296
38. BAHINAGARREMENTERIA, R.  
REFLUJO GASTROESOPAGICO  
Rev Gastroenterol Mex. 1983;48:121