



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI

TEMA: " CIRUGIA DE REPETICION EN PROCEDIMIENTOS ANTIREFLUJO (8 AÑOS DE EXPERIENCIA) "

T E S I S

Que para obtener el Título de ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL p r e s e n t a

DR. JESUS MONTOYA RAMIREZ

DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES
Profesor Titular del Curso
DR. JUAN MIER Y DIAZ
Asesor de Tesis:



México, D. F.

1993

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

UNAM



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:

	Página;
Indice	1
Introducción	2
Tipos de Fracaso después de una Funduplicación	4
Objetivos	7
Material y Método	8
Resultados	10
Discusión	12
Escala Sintomática	16
Tipos de Reintervención y Abordaje	17
Gráficas	18
Bibliografía	23

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

Existen una serie de mecanismos fisiológicos mediante los cuales se logra el control del reflujo gastroesofágico, que de encontrarse alguno de ellos alterado puede condicionar insuficiencia del esfínter esofágico inferior y son: longitud de la porción esofágica intrabdominal (promedio 4 cm), diferencia de presiones entre la cavidad tóracaica (negativa) y la cavidad gástrica (positiva), inserción normal del ligamento frenoesofágico, anatomía normal de los pilares diafragmáticos, ángulo de His (15 grados), respuesta normal a la estimulación hormonal de dicho esfínter (gastrina, motilina, sustancia P, vasopresina y glucagón) aumentada la presión. Además del funcionamiento correcto de dicho esfínter existen otros factores que condicionan la presencia de reflujo gastroesofágico y estos son: peristaltismo esofágico, cuyo valor normal promedio de 10 ondas peristálticas para eliminar su contenido, vaciamiento gástrico efectivo y volumen de composición del contenido gástrico.

En 1935 (1) describió inicialmente el síndrome de esofagitis péptica, en la actualidad ya se conocen los factores fisiopatológicos y predisponentes que lo condicionan; Los pacientes que presentan esofagitis tienen reflujo gastroesofágico, el manejo inicial es médico con medidas higiénico dietéticas, 95 % de estos pacientes presentan mejoría sintomática adecuada y el 5 % ameritan manejo quirúrgico (2). Las indicaciones quirúrgicas del reflujo son: Falla al tratamiento médico, esofagitis grado II-IV, esófago de Barret y sangrado, presencia de hernia hiatal tipo II, III y IV (3). La mayoría de los pacientes sometidos a técnicas quirúrgicas contra el reflujo obtienen un alivio sustancial a largo plazo

de los síntomas, sin embargo 10 % a 15 % de estos pacientes presentan problemas persistentes ó recurrentes (4), algunos lo suficientemente intensos para justificar una reoperación para la corrección. Con un repaso cuidadoso de los síntomas, estudios contrastados, endoscópicos y manométricos, se hace evidente el mecanismo de fracaso y puede procederse a practicar el tratamiento quirúrgico curativo. En la actualidad se emplean tres técnicas quirúrgicas (4), así como sus modificaciones, funduplicatura de Nissen 360 grados (la más usada), la funduplicatura parcial de Belsey Marck IV (240 grados), y la gastropexia posterior de Hill (180 grados), además de estos procedimientos se puede realizar gastropexia de Collis, para disminuir tensión.

La funduplicatura de Nissen es una elección correcta para la mayor parte de las operaciones primarias contra el reflujo, es necesario seleccionar y hacer manometría esofágica. En pacientes con esófago corto, la adición de un gastropexia tipo Collis, permite una funduplicación subdiafragmática libre de tensión. Por otra parte los enfermos con reflujo gastroesofágico e hipomotilidad esofágica combinados pueden desarrollar obstrucción esofágica funcional con la funduplicación de Nissen, por lo que es apropiada la opción de un procedimiento de Belsey Marck IV (4). Debe quedar claro de que cuando existe una estenosis esofágica no dilatatable, solo puede responder favorablemente a una resección primaria con interposición visceral para restaurar la continuidad esofágica (5).

La elección correcta de la primera cirugía proporciona mejor posibilidad de éxito a largo plazo, por tal motivo debe elegirse cuidadosamente el procedimiento quirúrgico, evaluando adecuadamente a cada paciente. El resultado insatisfactorio puede atribuirse a: Errores en el diagnóstico (6), selección del paciente, momento de realizar la operación, preparación del paciente, ejecución de la técnica, efectos quirúrgicos adversos y eventos postoperatorios.

TIPOS DE FRACASO DESPUES DE UNA FUNDUPLICACION (4):

- 1.- DISFAGIA: La disfagia puede originarse por varios factores que actúan solos o en combinación, hay un grado de obstrucción yatrógena relacionada con la plicación, que suele estar en un equilibrio funcional favorable con la propulsión esofágica, un cambio de estos factores por plicación apretada, trastornos de motilidad esofágica o cicatrización, pueden dar origen a sensación subjetiva de disfagia; se argumenta que la disfagia de aparición postoperatoria, puede relacionarse con el origen de la falla que condiciona esté por este motivo la disfagia se dividió en tres tipos: a) Disfagia temprana cuya presentación es de 1 a 4 semanas y habitualmente se debe a edema postoperatorio, es benigna y se resuelve espontáneamente, debe tratarse de manera expectante, dándole apoyo y seguridad al paciente, se resuelve regularmente dentro de las seis semanas del postoperatorio. La Disfagia persistente temprana se presenta durante el segundo y tercer mes del postoperatorio, está relacionada con el procedimiento antireflujo excesivamente suficiente o bien a un diagnóstico erróneo, a estos pacientes generalmente hay que repetir el procedimiento antireflujo, cuando la causa de este tipo de disfagia es el peristaltismo esofágico inadecuado, es necesario que al realizar nuevamente el procedimiento antireflujo se elija una técnica en la cual la plicación sea menor de 360 grados. Por último la disfagia de iniciación tardía se presenta después del tercer mes, hasta el tercer año del postoperatorio, generalmente este tipo de disfagia se debe a reflujo gastroesofágico recurrente, estenosis, o bien a una migración de la funduplicación, la causa más rara de este tipo de disfagia es la presentación de cáncer, para resolver esta problemática, es necesario repetir el procedimiento contra el reflujo y en ocasiones realizar resección e interposición -

visceral (7, 8).

- 2.- ERROR DIAGNOSTICO PRIMARIO; Leonardi (9), demostró errores diagnósticos de trastornos en la motilidad esofágica, como causa de fracaso en procedimientos contra el reflujo, que llevaron a reoperar, sin embargo en series más recientes (10, 11, 12), la frecuencia de reoperación a causa de trastornos inadvertidos de la motilidad esofágica es baja. La elección de la técnica de reoperación se basa en la fisiopatología esofágica subyacente. En caso de espasmo se realiza esofagomiotomía apropiada, con o sin funduplicación parcial, en el paciente con esófago aperistáltico no es recomendable una funduplicación de 360 grados (Nissen), y si se comprueba que este paciente presenta reflujo gastroesofágico, debe practicarse una esofagomiotomía con una funduplicación parcial mediante el procedimiento de Belsey ó Collis Belsey (13,14).
- 3.- FUNDUPLICACION CON SUFICIENCIA EXCESIVA: Este problema es atribuido a una plicación fúndica exageradamente apretada o una funduplicación excesivamente larga. Se ha encontrado una disminución significativa en las molestias de la deglución, a corto plazo, cuando la funduplicación se calibre trasoperatoriamente con una sonda de 60 Fr. De modo similar hubo una reducción en la disfagia persistente en el grupo de plicaciones más cortas (1 cm) en comparación con las más largas (4 cm) (4).
- Aunque algunos autores continúan pensando que la plicación muy corta puede ser inadecuada para la mayoría de los pacientes.
- 4.- OBSTRUCCION Y ROTURA DE LOS PILARES DIAFRAGMATICOS: La rotura de la reparación de los pilares se debe a técnica ó tejidos inadecuados (10). puede llevar a la herniación paraesofágica obstructiva. Es imperativo reoperar y reparar los pilares para evitar las complicaciones como encarcelación, estrangulación,

vólvulo y hemorragia.

- 5.- MIGRACION DISTAL DE LA FUNDUPLICACION: Conduce típicamente a una disfagia de iniciación tardía que no se resuelve con dilataciones, los estudios con medio de contraste pueden mostrar imagen típica de reloj de arena, la frecuencia de esta complicación es más baja cuando durante la primera operación se preservan los vasos cortos (15).
- 6.- REFLUJO RECURRENTE: La recurrencia del reflujo gastroesofágico se produce generalmente de tres meses a tres años después de la funduplicación primaria y se atribuye a la disminución de la presión distal con ruptura parcial o completa de la funduplicación (16), a tensión excesiva de la funduplicación, ruptura o separación de la sutura, trastornos del tejido conectivo, o presión intragástrica postoperatoria excesiva. Las recomendaciones para su prevención son: plicación laxa con puntos de sutura seromusculares adecuados.
- 7.- ESTENOSIS ESOFAGICA: Complicación poco común, el procedimiento recomendable es dilatación con bujías y si se considera necesario repetir el procedimiento contra el reflujo debe agregarse una gastroplastía tipo Collis (13).
En caso de estenosis no dilatable es mejor reoperar y realizar resección e interposición visceral; existen autores que apoyan la interposición yeyunal (19) otros recomiendan interposición colónica (20) y otros ascenso gástrico con anastomosis cervical (21).
- 8.- CANCER ESOFAGICO: Existe relación estrecha entre la disfagia y el cáncer esofágico, las series quirúrgicas más grandes señalan un pequeño número, pero importante de pacientes que desarrollaron cáncer después del procedimiento contra el reflujo (11).

OBJETIVO:

Revisar la experiencia del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, en reoperaciones de procedimientos antireflujo, con evaluación sintomática de los pacientes hasta el momento actual así como valorar su calidad de vida.

MATERIAL Y METODO

Es un estudio retrospectivo en el cual se revisaron los expedientes de los pacientes que tenían el antecedente de haberles realizado algún procedimiento contra el reflujo gastroesofágico, en un período de 8 años, de enero de 1985 a diciembre de 1992, el total de pacientes operados de procedimientos quirúrgicos contra el reflujo, únicamente un pequeño número continuaron con sintomatología similar que los obligo a realizar el procedimiento quirúrgico, es decir posterior a éste continuaron sintomáticos, y por no ceder al tratamiento médico y medidas conservadoras, tomando en cuenta que interfería con su vida diaria fueron sometidos a un segundo procedimiento quirúrgico (reoperación), estos pacientes reoperados de procedimientos antireflujo fué la población a la cual se encamino el estudio.

Los pacientes reoperados, fueron localizados y citados a la consulta externa del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el servicio de Gastrocirugía, con la finalidad de ser evaluados sintomáticamente con una nueva escala propuesta por Pope (17), en la cual se evalúa la calidad de vida de los pacientes sometidos a cirugía antireflujo, importando básicamente la intensidad y frecuencia de los siguientes síntomas: Reflujo gastroesofágico, Disfagia (temprana, persistente temprana y tardía), otros tipos de manifestaciones de reflujo (como son: sangrado, dolor torácico y asma) y por último algunos otros síntomas postoperatorios (Hipo, diarrea y dolor en herida quirúrgica), a cada uno de estos síntomas se les calificó la intensidad y frecuencia con una escala que vá del cero al 3, de modo tal que al sumar la puntuación obtenida por está escala sintomática tiene un margen del cero al 24 (máxima puntuación posible), tomando en cuenta que la ausencia de síntomas es calificada con valor de cero, es

decir entre menor puntuación obtenga se encuentra en mejores condiciones, y aquel que preste mayor puntaje se encontrará más sintomático (tabla 2).

Al citar a los pacientes en la consulta externa se les realizó el cuestionario propuesto por Pope (17), en tres ocasiones, la primera calificación se obtuvo tomando en cuenta la sintomatología previa a la primera cirugía, la segunda calificación se relaciona con los síntomas posteriores al procedimiento quirúrgico inicial y la tercera calificación se obtuvo por los síntomas después de la reoperación (como se encuentra el paciente en la actualidad), por cada paciente se obtuvo tres calificaciones las cuales se compararon . Todos los pacientes reoperados tenían como antecedente que el primer procedimiento quirúrgico contra el reflujo fué una funduplicatura tipo Nissen, todas las reoperaciones fueron realizadas en nuestro Hospital.

RESULTADOS

Después de la revisión encontramos 113 pacientes cuyos expedientes se encuentran en el archivo del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, los cuales tenían el antecedente de haberles realizado algún procedimiento quirúrgico contra el reflujo gastroesofágico, los procedimientos que se realizaron durante los 8 años del estudio fueron: 88.4 % Funduplicatura tipo Nissen, 7 % Funduplicatura tipo Guarnier, 2.6 % Plastia de Hill, y 1.7 % Belsey Marck IV (Fig. 1), de estos 113 pacientes, únicamente 8 (7 %) continuaron presentando la misma sintomatología que antecedio al procedimiento quirúrgico inicial (Fig. 2), siendo manejado con métodos conservadores, es decir tratamiento médico (no uniforme y sin vigilancia médica) por períodos de tiempo variable que va de 1 mes a 3 años, todos los pacientes que se reoperaron presentaron reflujo y disfagia en grado variable, sin embargo interferia con la vida diaria, no cedía a tratamientos conservadores, motivo por el cual fueron sometidos a una reoperación, para realizar un nuevo procedimiento antireflujo. El período de tiempo para realizar la reintervención fué de 1 mes a 3 años, con una media de 12.5 meses (Fig. 3), fueron 5 hombres y 3 mujeres, únicamente en 2 de los 8 pacientes reoperados, el primer procedimiento quirúrgico fué realizado en nuestro hospital, a los 6 restantes se les realizó en otro hospital y referidos a nosotros por persistir sintomáticos. Todas las reintervenciones se realizaron en nuestro hospital, el procedimiento quirúrgico inicial en los pacientes reoperados fué una funduplicatura tipo Nissen.

Los 8 pacientes reoperados fueron localizados y citados en la consulta externa del servicio de gastrocirugía, para ser entrevistados y evaluados con la escala sintomática propuesta por Pope (17), cuya finalidad es la de unificar criterios para evitar la calidad de vida de los pacientes operados de cirugía antireflujo (tabla 1).

De acuerdo a la entrevista se obtuvieron tres calificaciones, la primera se obtuvo tomando en cuenta la sintomatología que presentó el paciente previa al procedimiento quirúrgico inicial, el promedio de calificación obtenida por los pacientes fué de 14 a 17 puntos, con esta puntuación ameritaron que se realizara algún procedimiento antireflujo, la segunda calificación se basó en la sintomatología presentada después del procedimiento quirúrgico inicial (primera cirugía), el promedio de puntuación obtenida fué de 15 a 17, es decir continuaron con la misma sintomatología que antecedió al primer procedimiento quirúrgico, llegando a interferir con su vida diaria, motivo por el cual hubo necesidad de reoperar a 8 pacientes (7 %), la tercera puntuación se obtuvo relativa a la sintomatología presentada después de la reintervención, el promedio de calificación fué de 14 a 17 puntos, es decir no varió la sintomatología después de la reintervención, únicamente un paciente se encuentra actualmente asintomático, esto representó que obtuvimos un 12.5 % de curación en las reintervenciones (Fig. 4), los procedimientos quirúrgicos que se realizaron en la reintervención se muestran en la tabla 2, siendo la reintervención más frecuente la Funduplicatura tipo Nissen, por vía abdominal.

DISCUSION

Desde que Winklestein (1) en 1935 describió el síndrome de esofagitis péptica, se ha estudiado, conociendo actualmente los factores fisiopatológicos y predisponentes que lo condicionan, el 100 % de los pacientes que presentan esofagitis tienen reflujo gastroesofágico, puede ser ácido ó alcalino, el más frecuente es el de tipo Acido, el reflujo se maneja inicialmente con medidas higiénico dietéticas y tratamiento médico, aproximadamente en el 95 % de los pacientes desaparece el reflujo y presentan mejoría sintomática adecuada, el 5 % restante continuan presentando problemas de reflujo que no cede con medidas conservadoras, interfiriendo con su vida diaria, por tal motivo son candidatos a cirugía; las indicaciones para este tratamiento quirúrgico ya están bien establecidas (3). En la cirugía contra el reflujo gastroesofágico, se realiza una corrección anatómica, para obtener una corrección fisiológica. Existen varias técnicas quirúrgicas que se utilizan contra el reflujo, las mas empleadas son: Funduplicatura tipo Nissen Funduplicatura tipo Guarner, Plastia de Hill, y procedimiento de Belsey Marck IV actualmente el procedimiento considerado estandar de oro para cirugía es la Funduplicatura tipo Nissen (6), debido a los resultados obtenidos en curación y recurrencia, con la mayoría de los procedimientos antireflujo generalmente se obtienen buenos resultados, aproximadamente el 90 % de los pacientes elimina su reflujo y desde el punto de vista sintomático presentan franca - mejoría, para reducir la frecuencia de falla al tratamiento quirúrgico es importante el estudio preoperatorio adecuado en cada paciente, tomando en cuenta todas las pruebas que indiquen el funcionamiento del esófago y del esfínter esofágico inferior; manometría, pruebas radioisotópicas, monitoreo del pH y desde el punto de vista anatómico un esofagograma, con base en los resultados obtenidos podemos evaluar correctamente a nuestro paciente, y así elegir la

técnica quirúrgica adecuada para cada caso, por ejemplo un paciente que presente alteraciones en la motilidad esofágica está con tra-indicado realizarle un procedimiento en el cual la funduplicación abarque los 360 grados, debido a que esto puede ser causa de disfagia postoperatoria, al igual que realizando una funduplicación demasiado larga (4 cm), algunos autores apoyan la idea que se realice una funduplicación corta (1 cm), debido a que se relaciona con menor frecuencia de disfagia postoperatoria (4). Para los pacientes que presentan alteraciones en la motilidad esofágica, y que presentan serios problemas de reflujo se puede realizar idealmente el procedimiento de Belsey Marck IV o bien si además presenta esófago corto la elección correcta será un Collis Belsey, es decir para el paciente que además de presentar reflujo tiene una patología esofágica concomitante tenemos que ser más selectivos en la elección de la técnica quirúrgica, de ninguna manera queda contraindicada la cirugía antireflujo.

Como en todas las cirugías, la adecuada elección del procedimiento quirúrgico inicial y el correcto estudio preoperatorio son los factores que determinan el éxito. Detectando así patología esofágica subyacente, antes de realizar algún procedimiento antireflujo, únicamente el 10 % continúan sintomáticos, es decir tiene un 90 % de curabilidad y solo un bajo porcentaje (10 %) persiste sintomático, llegando a ser esto tan importante que amerite ser sometido a una reintervención, la literatura a nivel mundial reporta que aproximadamente del 10 al 15 % de los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos antireflujo, ameritan ser reoperados (4, 6, 17).

En la serie que nosotros estamos reportando, los resultados obtenidos son similares, el porcentaje de reoperación en procedimientos contra el reflujo es del 7 %, ésta nos está indicando que los pacientes sometidos a cirugía en nuestra unidad tienen la indicación correcta debido a los buenos resultados obtenidos en nuestra

investigación.

Para la evaluación sintomática de los pacientes reoperados, utilizamos el cuestionario propuesto por Pope (17), cuya finalidad es de estandarizar la sintomatología presentada por los pacientes sometidos a cirugía antireflujo, nosotros pensamos que es un cuestionario práctico, fácil de aplicar y sencillo de responder, para la población en general, inclusive en el consultorio del médico tratante, con las calificaciones obtenidas en este cuestionario podemos evaluar perfectamente el postoperatorio de cada paciente, reportándonos la intensidad y frecuencia de los síntomas así como su capacidad de interferir con la vida diaria.

Los resultados publicados en la literatura mundial, relacionados con la cirugía de repetición en procedimientos antireflujo, continúa teniendo pobres resultados, el mejoramiento sintomático de los pacientes reoperados es bajo, se reporta en aproximadamente el 10 % (18, 19, 20). Los resultados que nosotros obtuvimos son similares, del total de pacientes reoperados solo en 12.5 % presentaron mejoría, el resto persistieron con la sintomatología que los obligo a la reintervención, como la frecuencia de curación es baja en la cirugía de repetición hasta el momento actual, la reintervención solo debe limitarse a pacientes que se encuentran perfectamente estudiados y de esta manera se elija correctamente la técnica para la reoperación.

Las causas que condicionan el fracaso de la primera cirugía anti-reflujo son basicamente: Disfagia (Temprana, persistente temprana y tardía) cada una de ellas es ocasionada por causa diferente, error diagnóstico primario, funduplicación suficientemente excesiva, obstrucción y rotura de los pilares diafragmáticos, migración distal de la funduplicación, reflujo recurrente, estenosis esofágica y por último cáncer esofágico. Todas las causas que condicionan el fracaso de la primera cirugía, están relacionadas a fallas en la técnica quirúrgica o bien malos tejidos para la

reparación.

Sin embargo las causas que condicionan el segundo fracaso quirúrgico se deben básicamente a, errores en el diagnóstico primario y de estos la causa más común es la dismotilidad esofágica, es decir la mayoría de los pacientes sometidos a cirugía de repetición en procedimientos antireflujo, en los cuales falla la cirugía para mejorar sintomáticamente al paciente, generalmente les acompaña una patología esofágica concomitante, que ha pasado desapercibida. Por esta razón es indispensable realizar un adecuado estudio preoperatorio en cada paciente y así descartar patología esofágica subyacente, de esta manera se podrá elegir correctamente la técnica quirúrgica ideal para la reintervención, pretendiendo elevar así el porcentaje de éxito.

Debido al bajo porcentaje de curación (10 %) que se obtiene con la reintervención es indispensable que cuando se decida realizarla, el paciente cuente con un buen estudio preoperatorio, realizando todas las pruebas posibles, para poder justificar la reoperación y elegir correctamente la técnica, hasta el momento actual la mejor forma de aumentar el porcentaje de curación en la reintervención, es prevenirla, con un adecuado estudio preoperatorio antes de realizar el procedimiento quirúrgico primario.

ESCALA SIMTOMATICA QUE EVALUA LA CALIDAD DE VIDA
EN PACIENTES SOMETIDOS A PROCEDIMIENTOS
QUIRURGICOS CONTRA EL REFLUJO.

SINTOMAS	INTENSIDAD	FRECUENCIA
REFLUJO GASTROESOFAGICO	0 No existe. 1 Notable, No amerita tratamiento. 2 Preocupante, ameri ta tratamiento. 3 Interfiere con la vida diaria.	0 No existe 1 Ocasional (menos de una vez cada 2 semanas). 2 Frecuente (más de una vez cada 2 semanas). 3 Cotidiano (mínimo un ataque al día).
DISFAGIA	0 No existe 1 Notable, no inter- fiere con la comida. 2 Moderadamente, pro- voca cambios habi- tos dietéticos. 3 Severo, no tolera alimentos sólidos	0 No existe 1 Ocasionalmente (menos de una vez cada 2 semanas). 2 Frecuentemente (más de una vez cada 2 semanas). 3 Cotidiano (mínimo un ataque al día).
OTRAS MANIFESTACIONES DE REFLUJO	0 Ninguno 1 Mínimo, no amerita tratamiento médico. 2 Moderado, amerita tratamiento. 3 Severo, requiere hospitalización.	0 Ninguno 1 Ocasional (menos de una vez cada 2 semanas). 2 Frecuente (más de una vez cada 2 semanas).
SINTOMAS POSTOPERATORIOS (diarrea, dolor en HQX, Hipo.)	0 Ninguno 1 Mínimo, no amerita tratamiento. 2 Moderado, amerita tratamiento médico. 3 Severo, paciente incapacitado.	0 Ninguno. 1 Ocasional (menos de una vez cada 2 semanas) 2 Frecuente (más de una vez cada 2 semanas).

PACIENTE SIMTOMATICO SUMA 0.

World J. Surg. 16, 355-358, 1992.

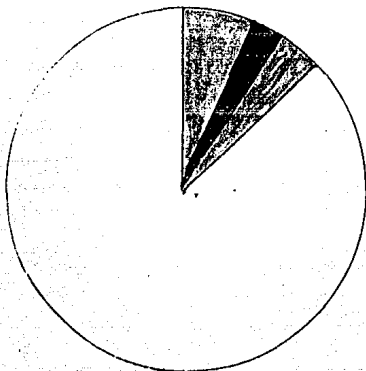
TIPOS DE REINTERVENCION Y ABORDAJE

PACIENTE No.	SEXO	HOSPITAL	FUNDUPLICATURA NISSSEN	OTROS PROCEDIMIENTOS	ABORDAJE		
					A	TA	T
1	F	CMN	X		X		
2	M	CMN	X		X		
3	M	CMN	X		X		
4	F	CMN		X			X
5	M	CMN		X			X
6	M	CMN	X			X	
7	F	CMN	X		X		
8	M	CMN	X				X

CMN = CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI HOSPITAL DE ESPECIALIADES

M = MASCULINO

F = FEMENINO.

PROCEDIMIENTOS ANTIREFLUJO REALIZADOSPRIMERA CIRUGIA

FUNDUPLICATURA TIPO NISSEN. 88.7%



FUNDUPLICATURA TIPO GUARNER 7%.



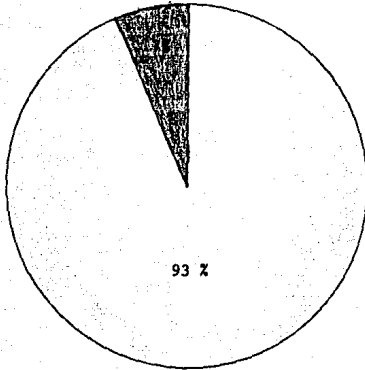
PLASTIA DE HILL 2.6%.



PROCEDIMIENTO DE BELSEY MARCK IV 1.7%

RESULTADOS DEL PROCEDIMIENTO ANTIREFLUJO EN LA

PRIMERA CIRUGIA



PACIENTES OPERADOS DE PROCEDIMIENTO ANTIREFLUJO CON RESULTADO EXITOSO.

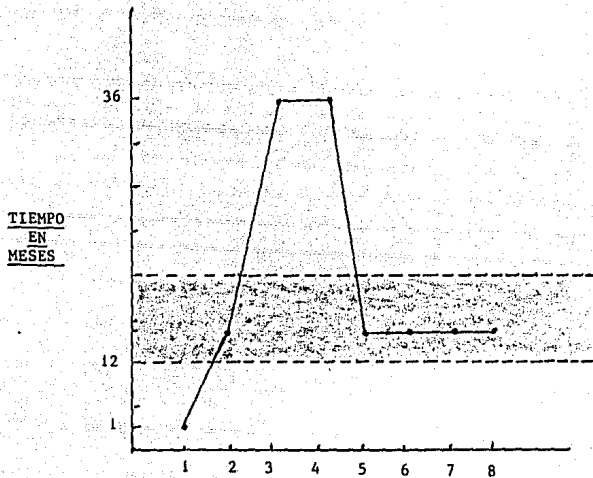


PACIENTES QUE CONTINUAN SINTOMATICOS DESPUES DEL PROCEDIMIENTO ANTIREFLUJO PRIMARIO.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

LAPSO DE TIEMPO EN EL QUE SE REALIZO

LA REINTERVENCION

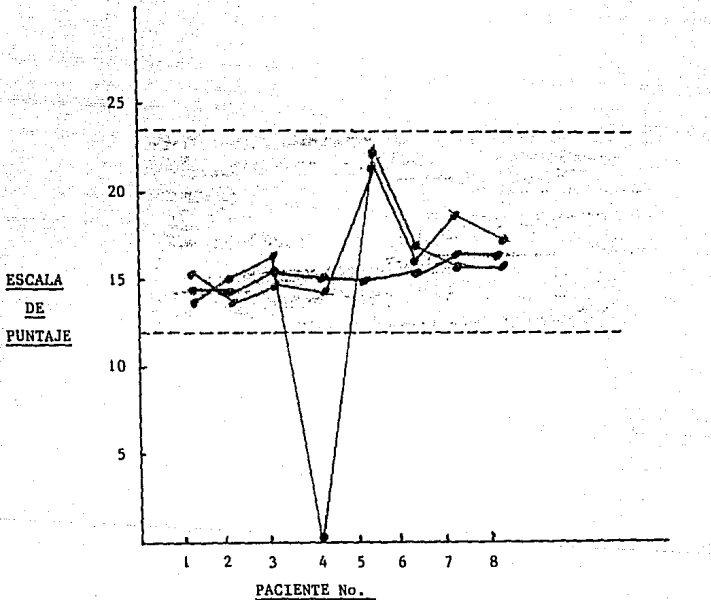


PACIENTE No.



EL 62.5% FUE REOPERADO EN 12 MESES.

GRAFICA DE SINTOMATOLOGIA BASADOS EN CUESTIONARIO
DE CHARLES E. POPE.



SINTOMATOLOGIA PREVIA AL PRIMER PROCEDIMIENTO QUIRURGICO.



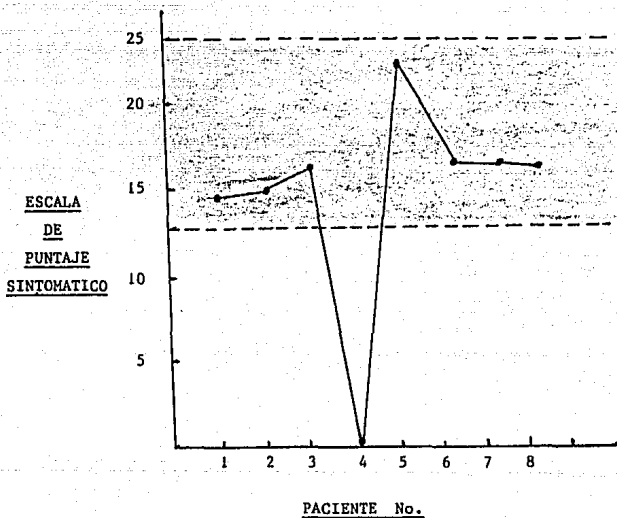
SINTOMATOLOGIA POSTERIOR AL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO PRIMARIO.



SINTOMATOLOGIA DESPUES DE LA REINTERVENCION.



RANGO DE MAYOR SINTOMATOLOGIA.

ESCALA SINTOMATICA POSTERIOR A LA REINTERVENCION

0 = ASINTOMATICO.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Winklestein A: Peptic esophagitis: A new clinical entity. JAMA 104; 906, 1935.
- 2.- Spechler SJ, Williford Wo, VA Cooperative Study Group: Complications of Medical Surgical therapies for gastroesophageal reflux disease. Gastroenterology 98: A-130.
- 3.- Darryl T. Thomas C. George W: The Mont Reid Surgical Handbook, Hiyama (ed) Second Edition. 1990 pag. 241 - 253.
- 4.- Donald E. Fry MD. Abdominal Surgery Repetition. Clinic Surgery of North America Vol. 1, 1991.
- 5.- Polk Me; Jejunal interposition for reflux esophagitis and esophageal Stricture World Sug. 4: 731: 1985.
- 6.- Demeester Jr, Bonavini L, Albertucci M: Nissen Fundoplication for gastroesophageal reflux disease: Evaluation of primary repair in 100 consecutive patients. Ann Surg 204: 9, 1986.
- 7.- Bushkin Fl, Naustein CL, Parker TH, et al: Nissen fundoplication for reflux peptic esophagitis. Ann Surg 185: 672, 1977.
- 8.- Angelchik JP, Cohen R: A new surgical procedure for the treatment of gastroesophageal reflux and hiatal hernia. Surg Gynecol Obstet 148: 246, 1979.
- 9.- Leonardi HK, Crozier. RE, EMIS FH; Reoperation for complication of the Nissen Fundoplication. J Thorac Cardivase Surg 81: 850, 1981.
- 10.- Henderson RD, Marryatt G: Henderson RF: Review of the Surgical management of recurrent hiatal hernia: 5 year Follow up. Can J. Surg. 1988 Sep. 31 (5) : 341 - 5.
- 11.- Hollenbeck JI, Wood ward ER: treatment of peptic esophageal with combined fundie patch-fundoplication. Ann Surg 182: 472, 1975.
- 12.- Maderd GJ, Jamieson GC, chaterton BE: Is there an association between failed anti-reflux procedures and delayed fastric emptying . Ann Surg 202; 162, 1985.
- 13.- Stirling Me, Orringer MB: Continued assessment of the combined Collis-Nissen operation, Ann Thorae Surg 47; 224, 1989.
- 14.- Wamsteker H, Lagerberg MA: The Belsey Mark IV procedure in gastroesophageal reflux and hiatal hernia Neth, J. Surg 1990 Feb; 42 (1) : 9 - 13.

- 15.- Hill LD, Ilves R, Stevenson JK, et al: Reoperation for disruption and recurrence after Nissen Fundoplication. Arch Surg 114: 542, 1979.
- 16.- Polk He: Fundoplication for reflux esophagitis and esophageal stricture unresponsive to valvuloplasty. World J. Surg 4: 731, 1980.
- 17.- Charles E. Pope II MD: The Quality of Life Following Anti-reflux Surgery. World J. Surg. 16, 355-358, 1992.
- 18.- Hatton PD, Selinkoff PM, Harford FJ: Surgical Management of the Failed Nissen Fundoplication. Am J. Surg 148: 760. 1984.
- 19.- Henderson RD: Nissen hiatal hernia repair: Problems of recurrence and continued Symp. Trans. Ann Thorac Surg. 28: 587, 1977.
- 20.- Little A G, Ferguson MK, Skinner DB: Reoperation for Failed anti-reflux operations. J Thorac Cardiovasc Surg 91: 511, 1986.
- 21.- Battle WS, Nyhus LM, Bombeck et: Nissen Fundoplication and esophagitis secondary to gastroesophageal reflux. Arch Surg 106: 588, 1973.
- 22.- Belsey RH: Personal reflection on standard anti-reflux procedures. In DeMeester TR, Matthews HR (eds): Benign Esophageal Disease. St Louis, CV Mosby, 1987 - p 139.
- 23.- DeMeester TR, Johnson LF, Kent Alt: Evaluation of current operations for the prevention of gastroesophageal reflux Ann Surg 180; 511, 1974.
- 24.- Feussner H, Petri A, Walkers; an attempt to make the results of anti-reflux surgery comparable; Br. J. Surg 1991 Aug. 78 (8): 942 - 946.
- 25.- Galandiuk S, Polk He: Nissen Fundoplication For complicated reflux esophagitis. Curr pract Surg 1: 157, 1989.
- 26.- Henderson RD: Surgical management of the Failed gastroplasty: J. Thorac Cardiovasc Surg 91: 46, 1986.
- 27.- Henderson RD, Marrayatt G: Recurrent hiatal hernia Management by thoracoabdominal total fundoplication gastroplasty. Can J. Surg 24: 151, 1981.
- 28.- Hill LD: Intraoperative measurement of lower esophageal sphincter pressure: J. Thorac Cardiovasc Surg 75: 378, 1978.
- 29.- Petterson G, Gazinski, P: Surgical treatment of symptomatic gastroesophageal reflux recurring after hiatal hernia repair. Aeta Chir Scand 151; 457, 1985.

- 30.- Polk He; Seppa R; Hiatal Hernia and esophagitis. A Survey of indications for operation and technic and results of fundoplication. *Ann Surg* 173; 775, 1971.
- 31.- Richardson JD, Lorson GM, Polk HC: Intrathoracic fundoplication for shortened esophagus: Treacherous solution to a challenging problem. *Am J. Surg* 143: 39, 1982.
- 32.- Rosseti M, Allgowney M: Fundoplication for treatment of hiatal hernia. *Prog Surg* 12: 1, 1973.
- 33.- Skinner DB: History of Surgery for gastroesophageal reflux, Reflux Esophagitis and the Angelchik Prothesis. New York Elsevier, 1987 p 85.
- 34.- Mather JW, Hollenback JI, Woodward ER: An Analyses of recurrent esophagitis following posterior gastropexy *Ann Surg* 187; 227, 1978.
- 35.- Orringer MB, Skinner DB, Belsey RHR: Long term results of the Mark IV operation for hernia hiatal and analyses of recurrent and their treatment. *J Thorac Cardiovasc Surg* 63; 25, 1972.
- 36.- Pearson F G, Cooper JD, Petterson GA; Gastroplasty and Fundoplication for complex reflux problems. *Ann Surg* 206: 473, 1987.
- 37.- Pennel G, Gatzinsky P; Surgical treatment of symptomatic gastroesophageal reflux Strictures. *Ann Surg* 193; 655, 1981.
- 38.- Starling JR, Reichelderfer MD, Pelleit JR, et al: treatment of symptomatic gastroesophageal reflux using the Angelchik prothesis *Ann Surg* 195; 686, 1982.
- 39.- Stirling Me, Orringer MB; Surgical treatment after failed anti-reflux operation. *J thorac Cardiovasc Surg* 92: 667, 1986.
- 40.- Stuart RC, Dawson K, Keeling P, et al: A prospective randomized trial of Angelchik prothesis Vs Nissen Fundoplication. *Br J. Surg* 76: 86, 1989.
- 41.- Washer GF, Gear MWL, Dowling BL, et al: Randomized prospective trial of foux en y duodenal diversion, versus fundoplication for severe reflux esophagitis. *Br. J. Surg* 71: 181, 1984.