

11209



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

51
2ej

Hospital General " Dr. Darío Fernández Fierro "

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

**COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS EN
PACIENTES CON REFLUJO GASTROESOFAGICO
SECUNDARIO A HERNIA HIATAL**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

P R E S E N T A :

Dr. Mauricio Enrique Gómez del Toro



MEXICO, D. F.

FALLA DE ORIGEN

1995



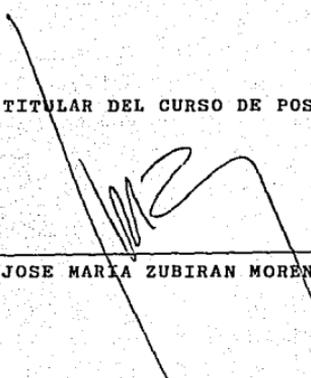
UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

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.

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE POSTGRADO.



DR. JOSE MARIA ZUBIRAN MORENO.

ASESOR DE TESIS.



DRA MARTHA HELENA ACORTINA QUEZADA.

JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION.



DR. JOSE LUIS FERNANDEZ FERNANDEZ.

C. S. S. M. D.
ESTABLECIMIENTO ESPECIAL
HOSPITAL GENERAL
DR. DARIO FERNANDEZ
DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO

RESUMEN.

En el hospital. Dr. Dario Fernandez Fierro (I.S.S.S.T.E.) * fueron estudiados durante 32 meses 18 enfermos postoperados de funduplicatura por hernia hiatal con datos de reflujo gastroesofágico y de esofagitis de diferentes grados. Se determina que las edades más frecuentes son de los 51 - 60 años. y en el sexo masculino (11/7). La técnica operatoria más frecuentemente utilizada fué la de: A) Funduplicatura de 360° (Nissen).(12 pacientes). y seguida por la hemifunduplicatura con 6 pacientes. Encontrando que la técnica de funduplicatura de 360° (Nissen). evidencia un menor índice de complicaciones a corto, mediano y largo plazo con respecto a la hemifunduplicatura.

* Instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del estado.

SUMARY.

Along 32 month's.(January 92-September 94) I studied at the Dr. Dario Fernandez Fierro Hospital (I.S.S.S.T.E.)* 18 patients postoperated of Hiatal Hernia with gastroasophageal-reflux and esophagitis. finding out that males are the most frequent sex affected (11/7) rangin the onset between the 51 and 60-years of agge on this period, the were basically a surgical proce--dures performed A) 360° Fonduplicature (Nissen) (12 patient). B) Hemifonduplicature (6 patients).

Concluding that the 360° fonduplicature has less complication that the hemifonduplicature.

* Instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del estado.

INTRODUCCION.

El presente trabajo de investigación representa un esfuerzo dedicado a comprender la enfermedad por reflujo gastroesofágico-secundario a la irritación de la mucosa esofágica por materiales-provenientes de la cámara gástrica, para el cual se ha buscado por años un tratamiento adecuado que evite las molestas complicaciones que ocasiona úlceras, displasia y hasta perforaciones.

Este es un tema que generalmente no es tocado por pensar que se puede tratar de fallas en las diferentes técnicas realizadas pero en realidad dependen los resultados postoperatorios de factores como el estado previo del enfermo, la técnica usada, edad y otras que condicionan una rápida recuperación o una tórpida-convalecencia.

Por lo anterior intento en este trabajo informar sobre la técnica quirúrgica que menores complicaciones postoperatorias-reportó durante la realización de mi residencia.

HISTORIA.

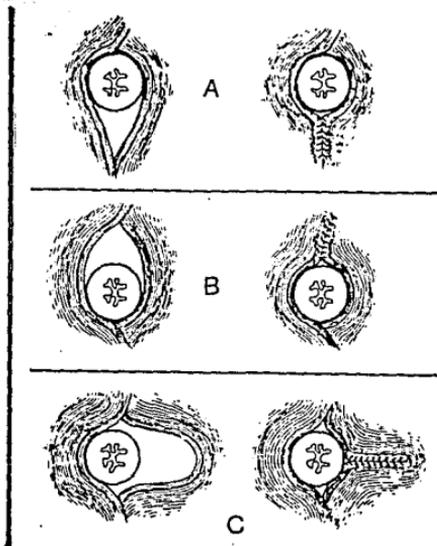
La hernia hiatal es una enfermedad muy frecuente en occidente (1) asociada a reflujo gastroesofágico para la que antiguamente se insistía demasiado en los aspectos anatómicos, sin señalar adecuadamente los aspectos fisiológicos, (5) desde 1926 con Akerlund que clasificó los tipos de hernia hiatal y posteriormente con Nissen que durante una perforación sumerge al esófago lesionado dentro del estómago con lo que desaparecieron los síntomas del reflujo gastroesofágico en 1937. (5). inmediatamente iniciaron las investigaciones para conocer que tanto del esófago debía permanecer en la cavidad abdominal. Dragsted en 1947 informó de 3 cms (3). así como otros investigadores informaron más variantes encontradas. Barrett del hospital de Brompton en Londres durante 1950 (5) descubrió el cambio de epitelio cilíndrico en el esófago, por debajo de la unión escamocilíndrica de enfermos con hernia hiatal en 1951 Allison consideró que la esofágitis por reflujo gastroesofágico era debida a una válvula insuficiente creando una técnica quirúrgica que no tuvo éxito pero sí alentó a otros investigadores creando 2 corrientes terapéuticas.

En la clínica Mayo Ingelfinger en 1954 (5) y en el hospital de Boston durante 1958 Code demostraron la existencia y funcionamiento del esfínter esofágico inferior. Nissen en 1937 y Belsey en 1952 ya habían iniciado el uso de técnicas antirreflujo y Hill

en 1959 también propuso otra técnica de gastropexia posterior con el ligamento arcuato.

Estas y otras técnicas han sido desarrolladas con el tiempo pero ninguna ha demostrado una efectividad total; libre de complicaciones y/o efectos indeseables, ya que en 1966 Jackson y Longabagh (3) señalan que la tracción del ligamento coronario izquierdo sin seccionarlo previamente puede colapsar vasos accesorios que después condicionaran sangrados difíciles de tratar.

(Fig:5)



tres métodos para hacer más angosto el hiato esofágico, propuesto por Allison en 1951. Tomado de Skandalakis (3).

ANTECEDENTES.

DEFINICION.

La hernia hiatal es una protrusión del estómago a la cavidad-toracica a través del orificio hiatal del diafragma (4)(5)(13)(14). excepcionalmente puede arrastrar a otros órganos (5) si el hiato es lo suficientemente amplio.(Fig:1).

FISIOPATOLOGIA.

El reflujo gastroesofágico es probablemente la enfermedad más común del tracto digestivo alto (14).En occidente es alta contrariamente al continente africano en el que no llega al 1%(1). Además su prevalencia no es claramente detectada entre otras circunstancias porque existen individuos con hernia hiatal anatómica pero sin datos de esofagitis péptica por reflujo gastroesofágico, así como también hay enfermos con reflujo gastroesofágico incluso grave pero sin una anomalía anatómica evidente (4) (13). Existen diferentes clasificaciones aceptadas para la hernia hiatal de acuerdo con la situación del orificio hiatal con la unión gastroesofágica externa como son:

- Hernia hiatal por deslizamiento- Se caracteriza por el ascenso del cardias al mediastino encontrada en el 75% de los enfermos es - con mucho la más común. (1)(4)(9)(10).

- Hernia hiatal paraesofágica o por rotación- Es aquella en la que la unión gastroesofágica se mantiene dentro de la cavidad abdominal pero hay rotación progresiva del fundus y cuerpo gástrico al lado del esófago, hasta llegar a un vólvulus gástrico. Se encuentra en el 20% de los enfermos con hernia hiatal (1)(2)(5)(6)-(9)(10).

- Hernias hiatales mixtas- Son una combinación de las 2 anteriores y representan el 5% de los casos. (1)(9).

En general la hernia hiatal solo se presenta en el 5% de cada 1000 individuos pero menos del 5% desarrolla algún síntoma o complicación que requiera tratamiento quirúrgico. (10).

El hecho de encontrar una insuficiencia pura del esfínter esofágico inferior no representa indicación para cirugía (9).- ya que hasta el 90% de estos enfermos responde con medicamentos. (Fig:4). Además dependiendo del especialista que trate al paciente- dependerá la apreciación del sitio de la unión gastroesofágica. (2)(3) (Fig:2 y 3).

La verdadera importancia del reflujo gastroesofágico consiste en la agresión del líquido refluído a la mucosa interna del esófago, por lo que se han descubierto mecanismos protectores(9)- que son de tipos anatómico y metabólico como:

El esfínter esofágico inferior con una presión en reposo superior a 15 cms de H₂O en reposo, (1)(3)(5)(6). Así como otros mecanismos como el ligamento frenoesofágico, ángulo gastroesofágico, segmento

intraabdominal del esófago,(1)(5)(9),la roseta mucosa y los pilares diafragmaticos(3)(5)(9).Que junto con el vaciamiento-esofágico, la salivación y la resistencia tisular (9) protegen al esófago de las agresiones causadas por los jugos gástricos, que incluyen al reflujo duodenogástrico (9) que forman por el volumen, frecuencia y tiempo de estancia en el esófago factores que lo lesionan paulatinamente.

Como tratamiento se han ideado 2 planes que son:

1.- El manejo conservador NO operatorio:

Consiste en el uso de medidas higiénico-dietéticas (4)(9)(11). que incluyen cambios en la vida,alimentación,Elevación de la cabecera,no acostarse inmediatamente después de ingerir alimentos, evitar el consumo de alcohol,tabaco,grasas abundantes (15) Eliminar ropas ajustadas,perder peso etc.

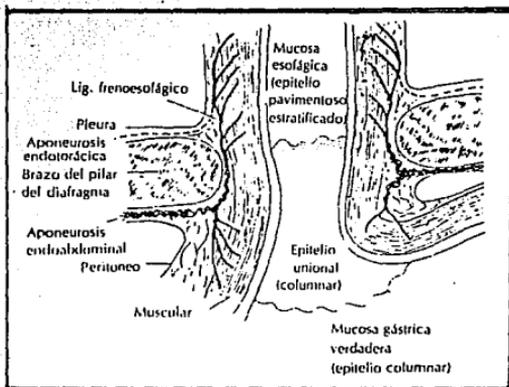
También recomiendan el uso de diversos medicamentos (Fig:4).- por conocer sus efectos sobre el esfínter esofágico inferior.Pero en caso de que los pacientes continuen con la sintomatología a pesar de haber seguido las medidas terapeuticas indicadas durante un periodo de 3-6 meses o tras la aparición de complicaciones como: transtornos de la motilidad, acortamiento,estenosis-anemia o dolor intratable, desarrollo de epitelio columnar en el esófago distal(Barrett) o hasta perforación esofágica (1)(2)(4)-(9) estará indicada la corrección por el segundo tratamiento:

2.- El manejo quirúrgico u operatorio.

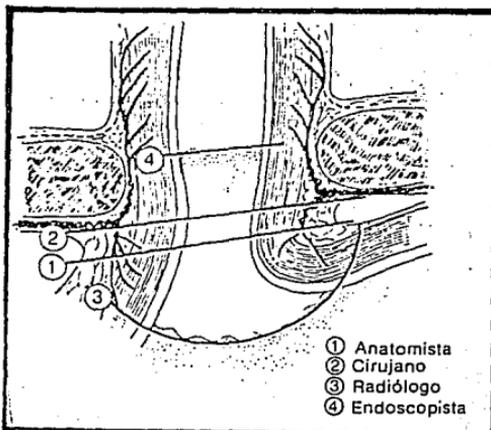
ESPECTRO DEL PROBLEMA DE LA HERNIA HIATAL Y DEL REFLUJO

	Cardias patológico	Hernia hiatal por deslizamiento	Hernia paraesofágica de comienzo	Hernia paraesofágica de larga evolución
Esquema				
Cuadro radiológico	Unión GE amplia pero no desplazada	Unión GE por encima del diafragma	Unión GE cerca del hiato. Un tercio o más del estómago está en el tórax	Unión GE cerca del hiato. La mayor parte del estómago está en el tórax. (También pueden migrar el colon y el hazo)
Síntomas dominantes	Pirosis agravada por la posición / regurgitación dolor epigástrico, subesternal		Saciedad inmediata, plenitud, dolor posprandial, síntomas variables de reflujo	Ostrucción. Hemorragia crónica. Dolor posprandial más intenso
Complicaciones	Esofagitis, estenosis, hemorragia, aspiración		Ulceraciones gástricas Hemorragia crónica	Ostrucción aguda. Estrangulación. Ulceración y hemorragia aguda. Perforación, aspiración
Indicaciones para la operación	1. Fracaso del tratamiento médico 2. Presencia de complicaciones		Presencia de un tercio o más del estómago por encima del diafragma con o sin síntomas	La operación urgente suele ser indicada

La anatomía de la unión gastroesofágica depende del especialista que trate al enfermo siendo esta uno de los factores que dificultan el diagnóstico precoz de la enfermedad.



Tomado de Skandalakis p:56. (3).
(Fig:2).



(Fig:3).

Tomado de Skandalakis p:72. (3).

Este consiste en numerosos procedimientos quirúrgicos que tienen por objeto el A) Reconstruir la anatomía normal, fijando el cardias en una posición correcta y B) Reforzar los mecanismos antirreflujo (9) Con esto se intenta reincorporar al enfermo a su vida cotidiana sin medicamentos, dietas ni limitaciones relacionadas con la cirugía.

Los resultados dependen de la selección de los enfermos de la técnica usada, del cuidado postoperatorio y de un seguimiento posterior a través de estudios clínicos y paraclínicos (5).

TECNICAS QUIRURGICAS.

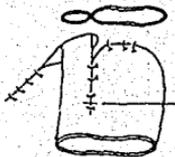
Existen numerosas propuestas para la corrección quirúrgica del reflujo gastroesofágico que van desde la aproximación de los pilares del hiato esofágico (Fig:5) o procedimiento de Allison (3) hasta otras técnicas más completas que se han desarrollado posteriormente (9). (Fig:6).



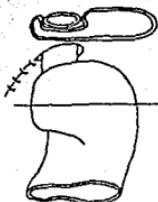
Pesca con el ligamento arcuato (Hill)



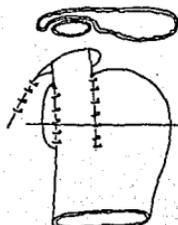
Pesca con el ligamento redondo (Narbona)



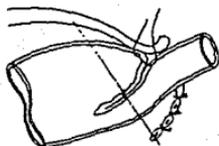
Angulo de Hess (Lortet-Jacobi)



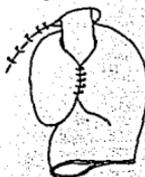
Fundoplicatura anterior de 180°



Fundoplicatura posterior de 180°



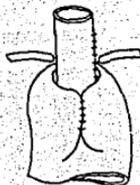
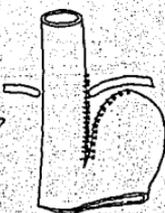
Fundoplicatura de 270° (Belsey-Mark IV)



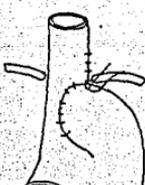
Fundoplicatura de 360° (Nissen)



Gastroplastia de Collis



Collis-Nissen



Collis-Belsey (Mark IV)

(Fig:6)

Tomado de Gastroenterología de Berenguer (9).

CUADRO CLINICO

Para establecer el diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico, basta con solo realizar una historia clínica (21) en ella se encontrarán antecedentes como disfagia, dolor retroesternal, pirosis que se agrava con el decubito, anemia y hasta datos de hemorragia de tubo digestivo alto. (1)(5)(9)(22) que pueden ser consecuencias del daño y respuesta reflejas del esófago a la agresión de jugos gástricos (11)(6) en los casos de hernias hiatales por deslizamiento.(Fig:1) que sin tratamiento apropiado y sin cambios en hábitos dietéticos como continuar con el consumo de alcohol o tabaco (15) puede provocar complicaciones como el esófago de Barrett. (15)(18) o aumentar los datos de enfermedad ácido péptica (19).

Existen otros enfermos con sintomatología más vaga, y relacionada con síntomas como pesantez, hipo, saciedad precoz y dolor ocasional (2)(5)(7) es común encontrar una hernia hiatal paraesofágica o incluso mixta (Fig:1) (1)(2)(4)(5). En estos casos hay peligro de una torción y/o volvulo gástrico(7)(10) que representan una urgencia quirúrgica. por las posibles complicaciones futuras.

Para confirmar o descartar el diagnóstico clínico se han ideado y desarrollado diversos exámenes de laboratorio y/o gabinete Radiografías, "con o sin medios de contraste".(5)(9)(21) endosco-

pías, (5)(9)(21).peachimetrías, (1)(5)(6). Manometrías(1)(5)(11).
 biopsias transendoscópicas (5)(9)(21).Pruebas de perfusión ácida-
 (Bernstein)(21)(6), o hasta la centellografía esofágogastrica (1).

(Fig:4).

FIG.4. REGULACION DE LA PRESION DEL EEI		
	<i>Aumento</i>	<i>Disminución</i>
Hormonas	Gastrina Motilina Sustancia P Vasopresina Glucagon	Secretina Colecistocina Polipéptidos inhibidores gástricos Polipéptidos intestinales vasoactivos Agentes progestacionales
Medicamentos	Agonista α -adrenérgico Noradrenalina Fenilefrina Colinérgicos Betanecol Metacolina Anticolinérgicos Edrofonio Betazol Metoclopramida	Antagonistas α -adrenérgicos Fentolamina Agonistas β -adrenérgicos Isoproterenol Anticolinérgicos Atropina Teofilina
Diversos	Prostaglandina $F_{2\alpha}$ Comida con proteína Alcalinización gástrica	Prostaglandinas E_1, E_2, A_2 Nicotina Etanol Comida grasosa Chocolate Acidificación gástrica

MATERIAL Y METODOS.

Para la realización de este trabajo se buscó en el servicio de estadística del hospital general. Dr. Dario Fernandez Fierro los nombres y cédulas de los pacientes internados con diagnóstico de hernia hiatal por reflujo gastroesofágico, durante el periodo comprendido entre el 1° de Enero de 1992 y el 1° de Octubre de 1994. Posteriormente acudir al servicio de archivo del mismo hospital en donde son obtenidos los expedientes completos y se separan los enfermos operados de funduplicatura confirmada por endoscopia preoperatoria realizada con endoscopio Pentax de 9.8mm y ángulo de flexión de 210° con canal para biopsia de 2.8 mm.

Se llena el instrumento de recolección de datos que incluye: cédula de identificación, fecha de ingreso, egreso e intervención quirúrgica, días de estancia intrahospitalaria, fecha de inicio del padecimiento actual, resultados de la endoscopia pre y postoperatoria, técnica usada para la realización de la funduplicatura y la evolución posterior, tanto durante su estancia intra como extrahospitalaria.

Se localiza nuevamente a los pacientes por medio de trabajo social o por los numeros telefónicos encontrados en los expedientes reinterrogando y reexplorandolos con el apoyo de los resultados encontrados en los expedientes. Los hallazgos son reportados en gráficas para su análisis y emisión de conclusiones.

RESULTADOS.

Fueron estudiados un total de 30 enfermos de los cuales 18 reunían las características necesarias para ingresar a este estudio, con diagnóstico de hernia hiatal con diferentes grados de esofágitis por reflujo gastroesofágico, todos conformados por endoscopias preoperatorias, que fueron informadas como:

Esofágitis de grado 1 un total de 7 pacientes (38.8%) Esofágitis de grado 2 con 2 enfermos (11.1%). Esofágitis grado 3 fueron reportados 3 pacientes (16.6%) y el esófago de Barrett fúe determinado en 6 enfermos confirmado por biopsia transendoscópica (33.3%).

El más afectado fué el sexo masculino con 61.2% (11 enfermos) - contra 38.8% del sexo femenino (7. pacientes).

Las edades fluctuaron entre 27 y 76 años con un promedio de 49.8 años, divididos para su tabulación y graficación en 6 periodos: De 20-30 años. 1 enfermo (5.5%), de 31-40 con 5 pacientes (27.7%), de 41-50 años 2 enfermos (11.1%), de 51-60 años 7 pacientes (38.8%), de 61-70 un enfermo (5.5%) y finalmente de 71-80 años 2 pacientes (11.1%).

El periodo de seguimiento fué de 7 días a 30 meses y el tiempo de estancia intrahospitalaria fué en promedio de 9.4 días.

Las incisiones realizadas fueron: 9 medias (50%) 7 paramedias-izquierdas (38.8%) y 2 Masson (11.1%)

Durante el periodo que duró la investigación se realizaron, básicamente 2 técnicas quirúrgicas 1) Funduplicatura de 360° (Nissen) modificada, con la que fueron operados 12 enfermos (75%). 2) Hemifunduplicatura de 270° con la que fueron operados 6 enfermos (33.3%). El 100% de los pacientes presentó dolor retroesternal y de la herida quirúrgica que cedieron con analgésicos como dipirona. Posteriormente 10 pacientes (83.3%) operados con técnica de funduplicatura de 360° refirió una remisión total en menos de un mes de las molestias postoperatorias, en un paciente persistieron durante 3 meses y en otro enfermo (8.3%) continuaron las molestias como dolor e infección por más de 6 meses.

Contra los enfermos que fueron operados con técnica de hemifunduplicatura que correspondió a 4 pacientes (66.6%) sin molestias postoperatorias o que fueron leves y menores a un mes otro con dolor retroesternal que duró hasta 3 meses de la cirugía y el último que falleció a los 7 días de reintervenido por infección y perforación del Yeyuno. (16%).

EDADES Y SEXOS..

EDAD.	RANGO.	%
A	20 - 31.	5.5
B	31 - 40.	27.7
C	41 - 50.	11.1
D	51 - 60.	38.8
E	61 - 70.	5.5
F	71 - 80.	11.1

	1.	.A.	
	2.	.B.	3.
	1.	.C.	1.
6.		.D.	1.
		.E.	1.
	1.	.F.	1.

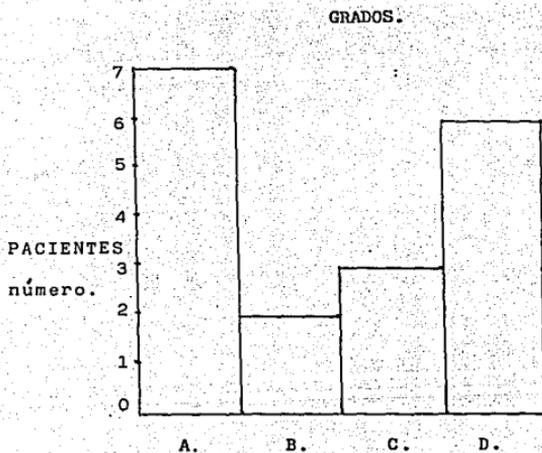
MASCULINO.

FEMENINO.

ESOFAGITIS.

*	GRADOS.	#	%
A	GRADO 1.	7.	38.8
B	GRADO 2.	2	11.1
C	GRADO 3	3.	16.6
D	BARRET.	6	33.3

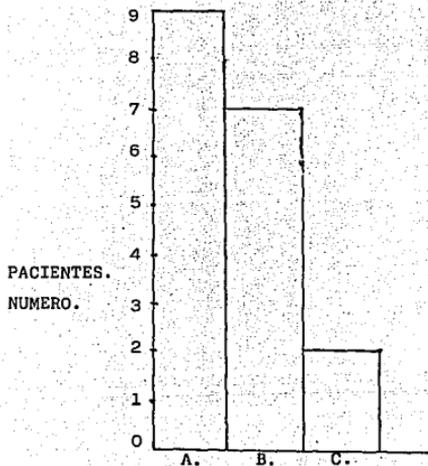
Esta tabla puede ser expresada con la siguiente grafica.



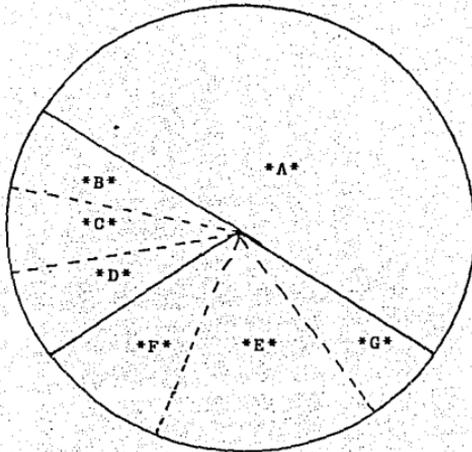
INCISIONES.

*	INCISION.	#	%
A	MEDIA.	9	50
B	PARAMEDIA.	7	30.8
C	MASSON.	2	11.1

Esta tabla puede ser graficada como:



TECNICAS QUIRURGICAS.



*	NISSEN.	#	*	HEMIFONDUPLICATURA	#
A	MIXTA.	9	E	CLASICA.	3
B	+ VAGO Y PILORO.	1	F	+ VAGO Y PILORO.	2
C	+ PROC. ALLISON.	1	G	+ PROC. ALLISON.	1
D	+ COLECISTECTOMIA.	1			

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

DISCUSION

Los resultados muestran claramente un desarrollo de sintomatología en varones expuestos a una mayor tensión emocional y a transgresiones dietéticas. En las endoscopías preoperatorias - realizadas a los enfermos se reporta un elevado número de esófagos de Barrett (33.3%) que indica que se debe acortar el tiempo de espera entre el diagnóstico y la intervención quirúrgica periodo que sería conveniente estudiar en un trabajo posterior.

Los enfermos operados con técnica de Funduplicatura de 360° presentaron disfagia en un 16% más que los operados con Hemifunduplicatura pero el dolor retroesternal y la sensación de cuerpo extraño fué menor en los primeros que en los segundos.

Dos de los enfermos operados con técnica de funduplicatura de 360° (16.6%) presentaron infección de la herida quirúrgica uno de ellos requirió de 3 reintervenciones por eventración que requirió cerca de 8 meses para su total restablecimiento en tanto que el otro solo necesito de 3 meses de curaciones por infección de la herida quirúrgica.

Dentro de los enfermos operados con técnica de hemifunduplicatura un paciente (16.6%) presentó una perforación del Yeyuno secundaria a la reintervención de la misma plastía de hernia hiatal que recidivó, presentando falla organica múltiple y fallecio a

los 7 días de la cirugía.

Solo faltó la realización de 2 endoscopias posoperatorias (11.1%) por un periodo muy corto entre la cirugía y sus primeros meses de postoperatorio pero del 100% de los enfermos con esófago-de Barrett.(6 Pacientes) en las endoscopias de 4 y 6 meses aun-continuaban con migración del epitelio columnar al tercio distal-del esófago, pero la sintomatología disminuyó progresivamente-hasta desaparecer por completo.

En enfermos con diferentes grados de esofágitis se notó una notable mejoría tanto clínica como endoscópicamente "confirmada por las biopsias transendoscópicas".

CONCLUSIONES

1- El grupo de enfermos más afectado por el reflujo gastroesofágico que requieren tratamiento quirúrgico son los varones entre 50 y 60 años.

2- La funduplicatura de 360° (Nissen) es una técnica segura y eficaz para corregir el reflujo gastroesofágico con resultados superiores a los obtenidos con técnica de Hemifunduplicatura de 270°.

3- Mientras más afectada haya sido la mucosa esofágica mayor será el tiempo necesario para su restablecimiento.

BIBLIOGRAFIA.

1- Seymour I, Harold E, Wendy C, Operaciones abdominales de Maingot; T 1, Ed. panamericana. Ed. 8°.1989.Buenos aires Argentina.

2- Nyhus L,M, Baker R,J. El dominio de la cirugía. Ed. panamericana T 1,5° reimpresión 1992. Buenos aires Argentina.

3- Skandalakis J,E. Gray S,W. Rowe J,S. Complicaciones anatómicas en cirugía general.Ed. Panamericana 1993. Méx. D.F.

4- Gutierrez S,C. Fisiopatología quirúrgica del aparato digestivo. Ed. Manual moderno.Méx. D.F. 1988.

5- Shackelford; Zuidema G,D. Cirugía del aparato digestivo. T1,Ed. panamericana 3° ed. 1991.Buenos aires Argentina.

6- Zaninoto G, Di Mario F, Constantini M, Baffa R. Naccarato,R. Esofagitis y pH del reflujo:un estudio experimental y clínico.- Rev:British J. Surg. V7 N(5) May.382-386.

7- Bertram P, Kupazyk Joeris D, Peiss J, Schumpelick K,V. Paraesophageal omental incarceration a rare complication of paraesophageal hernia. Chirurg 1993.Sept.64(9).748-50.

8- Harris D,R, Graham T,R, Galea M, Salama F,D. Paraesophageal-hiatal hernias when to operate. J.R,Coll,Surg,1992.Apr.37(2).p:97-

9- Berenguer J, Gastroenterología y hepatología; Ed. Doyma 1986. Barcelona España.

10- Schuartz S, Shires T, Spencer F, Principios de cirugía.Ed:5.- Ed:panamericana.T:1.

11- Hanrahan T,O, Bancewicz D, Thompson M, Marples y Williams.D. Las respuestas reflejas del esófago: Anormalidades del sistema-nervioso entérico en los pacientes con síntomas esofágicos. Brit, J. Surg. Dic.1992.V:8 No(6).391-396.

12- Guarner V, Esófago normal y esófago patológico.cap./2. Ed.UNAM. Ed. 1° Méx. D.F.1983.

13- Sloan. S.Rademaker A,W, Kahrilas P,J, Determinants of gastro-esophageal junction hiatal hernia lower esophageal sphincter or both. Ann.Intern. p:977-82.

14- Spiro H,N, Hiatus hernia and reflux esophagitis. Rev: Hosp.-pract.Ed. 1994. No.15 V.29 p:34-65.

15- Gray M,R, Donely R,J, Kingsnorth A,N, The role of smoking and alcohol in metaplasia and cancer risk in Barrett's columnar lined Osophagus. Rev: Gut. 1993. Jun.34.No.6 p:727-31.

16- Bozynsky E,M, Pathology and diagnosis of gastroesophageal reflux disease. Rev:Am. J,Hosp. Pharma.1993.Apr. 50(1). 54-58.

17- Brizuela R, Nordase O, Garcia I, León C, Arus E, A comparative-studi of Cisapride versus Metoclopramide in the tratament of-sintomatic hernia hiatal. Rev. Gen, 1992. Apr. -Jun.No.46(2).p:124

18- Gray M,R, Donnelly R,J, Kingsnorth.A,N, El papel del factor-de crecimiento epidérmico salival en la patogenia del esófago-de Barrett revestido de epitelio columnar. ReV: Brit. J. Surg.-March,V:7N(3).1992.

19- Chen Y,L, Mechanical gastritis as cause of upper gastrointestinal hemorrhage,Rev:Scand J, Gastroenterol.1993. Jun.28N(6).P:54-

20- Ott.D,J, Hodge R,G, Chen M,Y, Gelfand D,W, Achalasia asociated with hiatal hernia, prevalence and potential implications.Rev:Abdom Imaging, 1993.,18(1).87-90.

21- Joel E. Ritcher; Reflujo gastroesofágico: diagnóstico y tratamiento. Rev:Hosp. Pract.Marzo 1993.V2.No:3. p:124-32. Méx.

22- Muskovičz M, Fedden R, Min T, Jansma D, Gavalier J. Large hiatal hernias, Anemia and leanear gastric erosion studies of etiology and medical therapy Rev: Am.J. Gastroenterol.1992.May.87-No:5. p:622-26.

I N D I C E

INTRODUCCION. . . . .	.1.
HISTORIA. . . . .	.2.
DEFINICION Y FISIOPATOLOGIA. . . . .	.4.
TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL . . . . .	.6.
REFLUJO GASTROESOFAGICO.	
FIGURA 1. . . . .	.7.
FIGURAS 2 Y 3.. . . .	.8.
TECNICAS QUIRURGICAS. . . . .	.9.
CUADRO CLINICO.. . . .	.11.
MATERIAL Y METODOS.. . . .	.13.
RESULTADOS. . . . .	.14.

GRAFICAS 1, 2, 3 Y 4.16.

DISCUSION..20.

CONCLUSIONES.22.

BIBLIOGRAFIA.23.