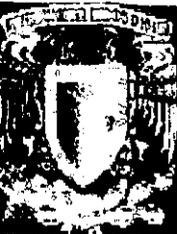


11209  
7

# **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

---

---



FACULTAD DE MEDICINA.  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
CENTRO MÉDICO NACIONAL "LA RAZA".

FRECUENCIA DE SUSTITUCIONES ESOFÁGICAS  
EN PACIENTES CON PADECIMIENTOS  
BENIGNOS DEL ESÓFAGO EN ETAPA FINAL  
DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL  
"HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO  
MÉDICO NACIONAL LA RAZA".

**T E S I S**  
PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**CIRUJANO GENERAL**  
P R E S E N T A :  
**DR. LEONARDO ARELLANO JUÁREZ.**  
A S E S O R :  
**DR. JESÚS ARENAS OSUNA.**

MÉXICO, D. F.

*11209*  
DICIEMBRE 2001

TESIS PARA GRADO DE ESPECIALIDAD.

---

---





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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 esta 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.

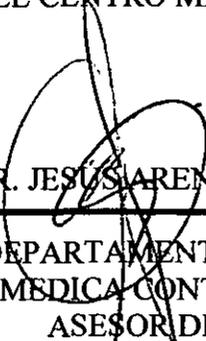
**FRECUENCIA DE SUSTITUCIONES ESOFÁGICAS EN PACIENTES  
CON PADECIMIENTOS BENIGNOS DEL ESÓFAGO EN ETAPA  
FINAL DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL “HOSPITAL DE  
ESPECIALIDADES DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA”.**

PARA OBTENER EL TITULO DE CIRUJANO GENERAL PRESENTA:

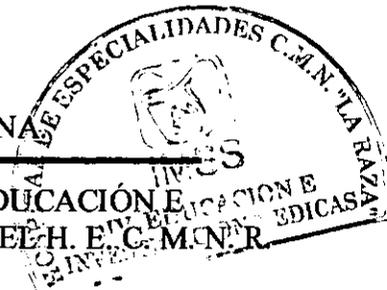
DR. LEONARDO ARELLANO JUÁREZ.

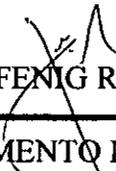
ASESOR: DR. JESÚS ARENAS OSUNA.

FRECUENCIA DE SUSTITUCIONES ESOFÁGICAS EN PACIENTES CON PADECIMIENTOS BENIGNOS DEL ESÓFAGO EN ETAPA FINAL DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL "HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA".

  
DR. JESÚS ARENAS OSUNA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA CONTINUA DEL H. E. C. M. N. R.  
ASESOR DE TESIS.



  
DR. JOSE FENIG RODRÍGUEZ.

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA GENERAL DEL H. E. C. M. N. R.  
TITULAR DEL CURSO.

DR. LEONARDO ARELLANO JUÁREZ.

RESIDENTE DEL 4º. AÑO DE CIRUGÍA GENERAL DEL H. E. C. M. N. R.

2000 - 690 - 0068.

No. DE REGISTRO

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL " LA RAZA".

## **AGRADECIMIENTOS.**

Quiero agradecer a mi padre, a mi madre y mis hermanos, por el apoyo familiar que me han brindado desde el inicio de mis estudios. Así mismo agradecer el haber creado un ambiente familiar favorable para todos. ¡ GRACIAS POR SER MI FAMILIA ¡

También agradecer a todas aquellas personas, que de manera interesada o desinteresada intervinieron en mi formación como estudiante. Y de manera muy especial a mis profesores por la labor tan importante que ellos desempeñan.

Y por ultimo agradezco a todas las personas que he conocido y han formado parte de mi vida entre ellos a mi novia, mis pacientes, a mis amigos y no amigos, todos ellos creando situaciones favorables o desfavorables, con las cuales logre hacerme como Médico.

El fin de este año, mi último como residente de la Especialidad de Cirujano General consigo mi segundo objetivo en la vida.

¡ GRACIAS A TODOS ¡

## RESUMEN.

**TITULO:** Frecuencia de sustituciones esofágicas en pacientes con padecimientos benignos del esófago en etapa final del servicio de Cirugía General del “ Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional la Raza”.

**OBJETIVO:** Describir la patología benigna del esófago en etapa final más frecuente que requiere de esofagectomía y sustitución esofágica con otro órgano, en pacientes operados en el servicio de Cirugía General del HECMNR.

**MATERIAL Y METODOS:** Es un estudio retrospectivo, transversal, observacional, descriptivo, abierto. Se revisó el archivo de cirugía general. Se registraron el nombre y número de afiliación de los pacientes sometidos a esofagectomía y sustitución esofágica por otro órgano en padecimientos benignos del esófago ya mencionados en el servicio de cirugía general del HECMNR, del periodo comprendido entre el 1° de enero de 1990 al 31 de junio del 2000.

Se revisaron 28 expedientes clínicos del archivo registrándose los datos de Nombre, Número de afiliación, edad, sexo, Diagnóstico preoperatorio, Estudios de laboratorio y gabinete, Técnicas de esofagectomía, Órgano de sustitución esofágica, Vía de sustitución esofágica, Técnica de anastomosis, Complicaciones postoperatorias y mortalidad, los que se concentraron en una hoja diseñada para este método.

**RESULTADOS:** De los expedientes revisados, se encontraron 19 pacientes del sexo masculino (68%) y 9 pacientes del sexo femenino (32%). El rango de edad fue de 17 a 79 años con una media de 42 años de edad, con una mayor frecuencia en la tercera y cuarta década de la vida. La patología más frecuente del esófago fue la lesión por cáusticos en 10 pacientes (36%), seguida de enfermedad por reflujo gastroesofágico en etapa final en 9 pacientes (32%). La técnica quirúrgica más utilizada fue la disección roma en 19 pacientes (68%). La sustitución más frecuente fue con el colon en 17 pacientes (61%), y en segundo lugar el estómago en 11 pacientes (39%). Por último la complicación temprana más frecuente fue el Neumotórax en 10 pacientes (36%). Y la complicación tardía más frecuente fue la estenosis en 8 pacientes (29%).

**CONCLUSIONES:** Los resultados obtenidos, son comparables a los reportados de la literatura mundial. Con la misma frecuencia de estudio del paciente, tratamiento quirúrgico, así como su morbilidad y mortalidad.

**PALABRAS CLAVE:** Esofagectomía, Patología benigna del esófago en etapa final, sustitución esofágica.

## **ABSTRACT.**

**Title:** The frequency of esophageal replacement for patients with end-stage benign esophageal disease, from the Department of Surgery of the National Medical Center “ La Raza”.

**Objective:** Describe the end-stage benign esophageal disease more frequent in patients undergoing to esophagectomy and esophageal replacement with other organ, that were operated in the Department of Surgery of the National Medical Center “ La Raza”.

**Patients and Methods:** Twenty eight patients, underwent esophagectomy and esophageal replacement with other organ over a 10 years period from January 1<sup>st</sup>, 1990 to June 31<sup>st</sup>, 2000, were reviewed. Retrospectively the names, ages, sexes, preoperative diagnostics, laboratory tests, barium examinations of the esophagus, stomach and colon, esophagogastroduodenoscopy, colonoscopy, esophageal manometry, pulmonary function tests, technique of resection esophageal, esophageal replacement organ, places of replacement, anastomotic techniques, surgical complications and mortality were recorded for this study.

**Results:** The study group of 28 patients, 19 were male (68%), and 9 were female (32%), in an age rang of 17 to 79 years with a median age of 42 years, with the majority in the 2<sup>nd</sup> and 3<sup>rd</sup> decade of the life. The most frequent benign esophageal disease was corrosive injures produced by caustics substances in 10 patients (36%), followed by end-stage gastroesophageal reflux disease in 9 patients (32%). The surgical technique most frequently used was the digital dissection in 19 patients (68%). The substitute organ most frequently used was the colon in 17 patients (61%) and then the stomach in the second place in 11 patients (39%). The most frequent early complication was pneumothorax in 10 patients (36%), and the most frequent late complication was stricture in 8 patients (29%).

**Conclusions:** The results obtained were comparable with the reported in the world medical series; in the same frequency were the preoperative investigations, surgical treatment as well as morbidity and mortality.

**Key Words:** Esophagectomy, End-stage benign esophageal disease, Esophageal replacement.

## INTRODUCCIÓN.

Las primeras descripciones de la cirugía del esófago las proporciona el “Pápiro quirúrgico de Smith. En el caso número 28 de los 48 del trabajo describe “una herida en resquicio de la garganta que penetra en el gástrico”. La historia de la esofagectomía por cánceres es rica y colorida. Theodore Billroth en 1871 al realizar la primera resección y reanastomosis satisfactoria del esófago en perros. Posteriormente Czerny, su primer ayudante práctica la primera resección del esófago en el ser humano en 1877. La cirugía de sustitución esofágica por otros segmentos del aparato digestivo se inició en 1907, cuando el cirujano de la entonces Suiza Romanda, Cesar Roux, utilizó al yeyuno como sustituto del esófago en un niño con estenosis esofágica. En 1911 el cirujano Alemán Kelling se encontraba efectuando una interposición de yeyuno y encontró que este segmento era demasiado corto para los propósitos de su intervención, de manera que decidió emplear como alternativa al colon transversal. En ese mismo año, Vulliet desarrolló la técnica para la interposición del colon derecho. En 1913, Franz Torek abrió la “Puerta torácica”, al practicar la primera excisión transtorácica de un carcinoma del esófago medio con éxito. (1). En 1950, Dale y Sherman lograron llevar en un paciente, el injerto del colon derecho desde el estómago hasta el cuello en forma exitosa. El primero en utilizar un tubo gástrico como sustituto del esófago en la práctica clínica ha sido el cirujano rumano Dan Garviliú, profesor y jefe de cirugía del Hospital Carol Davila de Budapest, quien cuenta con la mayor experiencia en dicho campo desde 1950. El procedimiento seguido por Garviliú incluye la esplenectomía y la movilización de la primera y segunda porciones del duodeno; el segmento obtenido del piloro es entonces el que se emplea para la anastomosis cervical. La técnica de la

esofagectomía sin toracotomía había sido olvidada durante muchos años desde su descubrimiento a finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX. Más adelante muchos autores demostraron que la técnica era un método útil. Todavía es considerada útil a la luz de recientes desarrollos en la esofagectomía toracoscópica. (2).

Los pacientes que sufren disfagia grave, enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) persistente u otras manifestaciones de alteración de la función del esófago se afectan profundamente en sus actividades diarias y capacidad para llevar a cabo una vida plena y productiva. Es posible que alguna operación previa también haya contribuido al problema y determinado que tanto el paciente como el médico, sean renuentes a una nueva intervención quirúrgica. (3).

Tomando en cuenta que la enfermedad benigna del esófago en etapa final se encuentra rara vez en la comunidad médica general, la mayor parte de los hospitales no tienen experiencia para valorar y tratar de manera adecuada a este subgrupo de pacientes con afección grave. En unidades seleccionadas es posible reemplazar el esófago por una enfermedad esofágica benigna en etapa final con seguridad y morbilidad aceptables, mortalidad baja y excelentes resultados funcionales a largo plazo. (3).

#### FACTORES QUE CONDUCEN A REEMPLAZAR EL ESÓFAGO EN UNA ENFERMEDAD BENIGNA.

Es posible que la fibrosis crónica origine obstrucción de la luz del esófago y daño de sus componentes neurales y musculares. El resultado puede ser una alteración de la

colon y deslizamiento o transferencia libre de yeyuno al tórax. En muy pocos casos la única opción posible será la combinación de estos injertos. (2). Se prefiere en particular la reconstrucción del esófago con el colon, si se dispone de él y en particular si el reemplazo debe durar un decenio o más. El avance gástrico es el mejor reemplazo para el esófago cuando se practica una esofagectomía, para paliación del cáncer y no es probable la supervivencia a largo plazo. Existe controversia en cuanto al colon o el estómago como el mejor sustitutivo a largo plazo para el esófago en pacientes con afección benigna del esófago. (3). El método que se prefiere para el reemplazo del esófago después de una esofagectomía, por una enfermedad benigna, es una esofagectomía con conservación de los vagos e interposición de colon, anastomosado este último al estómago intacto. Si se han alterado previamente los vagos o no pueden conservarse durante el procedimiento, se hace una gastrectomía proximal de dos tercios. Si el colon no es adecuado como sustitutivo del esófago o en sujetos de edad avanzada o enfermizos, se utiliza el estómago. Solo cuando no son adecuados o no se dispone de estos dos órganos, debe pensarse en el yeyuno, sea con transposición o un injerto libre(2, 3, 13, 14, 15).

## RESULTADOS QUIRÚRGICOS FINALES.

Se han reportado resultados en que un 30% de pacientes a los que se les practico un tiramiento gástrico requirió dilatación postoperatoria, en tanto que sólo se llevó a cabo en un 5% de pacientes con interposición de colon. La mortalidad reportada se presentó en un 2% por sepsis y FOM, la necrosis postoperatoria del injerto se presentó en un 3% con el colon y en un 6% se presentó fuga anastomótica o el 2% de las anastomosis totales.

## **MATERIAL Y MÉTODOS.**

Del 1º de enero de 1990 al 31 de junio del 2000, en el servicio de Cirugía general del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional la Raza del Instituto mexicano del Seguro Social, se analizaron los expedientes de 28 pacientes sometidos a esofagectomía, con sustitución esofágica, con el objeto de conocer la frecuencia del procedimiento, su morbilidad y mortalidad.

No se consideraron en este estudio a pacientes menores de 16 años de edad, con patología maligna y a pacientes operados en otros Hospitales.

Se registraron los datos de Nombre, Número de afiliación, edad, sexo, Diagnostico preoperatorio, Estudios de laboratorio y gabinete, Técnicas de esofagectomía, Órgano de sustitución esofágica, Vía de sustitución esofágica, Técnica de anastomosis, Complicaciones postoperatorias y mortalidad, los que se concentraron en una hoja diseñada para este método.

Los datos obtenidos se agruparon en tablas y se presentaron en gráficas correspondientes.

El análisis estadístico se realizó utilizando en programa estadístico SPSS 10.0.

Finalmente los resultados se compararon con la literatura médica.

## **RESULTADOS.**

De los 28 expedientes clínicos revisados, se encontró una frecuencia del sexo masculino de 19 (67.9 %), y del sexo femenino de 9 (32.1 %). El rango de edad fue de 17 a 79 años con una media de 42.43 años de edad. La distribución de frecuencias por décadas de la vida fue mayor en la tercera y cuarta década con un porcentaje del 50 %. Tabla 3.

La enfermedad benigna terminal más frecuente del esófago fueron las quemaduras por sustancias químicas con una frecuencia de 10 pacientes, seguida por estenosis por esofagitis con una frecuencia de 9 pacientes, se muestran los porcentajes en la gráfica 3.

Los estudios de diagnóstico que más se realizaron fueron: Esofagoduodenoscopia en 24 pacientes, seguido por la serie esofagoduodenal en 20 pacientes, el colon por enema se realizó en 12 pacientes, y en cuanto a la TAC y la Arteriografía no se realizó en ningún paciente, los porcentajes se presentan en las gráficas de la 4 a la 13.

La técnica de resección quirúrgica más utilizada fue cerrada por disección roma en 19 pacientes. En cuanto al órgano de sustitución más frecuente fue el colon izquierdo en 14 pacientes, seguido por el estómago en 11 pacientes, con una dirección isoperistáltica en 92.9%. gráfica 26.

La vía de sustitución fue de mediastino posterior en 19 pacientes y retroesternal en 9 pacientes, los porcentajes se muestran en la gráfica 17.

La técnica de anastomosis más utilizada fue puntos separados en 24 pacientes y el tipo de sutura más usado fue el vicryl del 000, en 14 pacientes, ver porcentajes en las gráficas 18 y 19.

Las complicaciones tempranas definidas como antes de los 30 días se presentaron en un 71.4%, ver gráfica 20, de estas las más frecuentes fueron algún tipo de Neumotórax en 10 pacientes, ver gráfica 22, seguida de derrame pleural en 5 pacientes, ver gráfica 23.

La fuga anastomotica se presentó en dos pacientes, ver gráfica 24.

Las complicaciones tardías definidas como después de los 30 días, se presentaron en 10 pacientes, ver gráfica 29.

La mortalidad se reporta en 0, aunque cabe mencionar que hubo 3 expedientes de defunciones en pacientes con esofagectomía, con sustitución esofágica que no se pudieron localizar en el archivo.

## **DISCUSIÓN.**

En la enfermedad benigna en etapa final del esófago que requieren de sustitución esofágica por algún órgano para restituir la continuidad del tubo digestivo, no es poco común lo que conlleva una alta morbilidad, debiendo tomarse en cuenta diversos aspectos los cuales se mencionaran a continuación.

Se encontró que la frecuencia de sustituciones esofágicas en pacientes con enfermedades benignas en etapa terminal del esófago en un periodo de 10 años de revisión fue de 28 pacientes, tomando en cuenta que no se encontraron todos los expedientes de un total de 58 expedientes, por la depuración de los expedientes.

En nuestro estudio se observó una mayor frecuencia del sexo masculino, que predominó sobre el sexo femenino, de estos pacientes se reporta un rango de edad de los 16 a 79 años de edad, con una media de 42.43 años de edad, coincidiendo con lo reportado por DeMeester.

En la misma serie se reporta como la patología más frecuente la enfermedad por reflujo gastroesofágico en etapa terminal, seguida por trastornos de la motilidad avanzados, en la serie reportada por Gupta et Al., su principal causa son las lesiones corrosivas seguidas por acalasia. En este estudio se encontró como la causa principal las lesiones por cáusticos, seguida por enfermedad por reflujo gastroesofágico en etapa terminal, seguida por lesión iatrogénica o traumática, y en cuarto lugar la acalasia.

En la serie reportada por DeMeester, se reporta como el órgano de sustitución más frecuente el colon, seguido por estómago y por último el yeyuno, comparado con nuestra serie se reportó solamente 2 órganos de sustitución el colon como el más frecuente seguido del estómago.

En cuanto a la necrosis del órgano de sustitución esofágica se reporta Necrosis del mismo del 3% en la literatura, en nuestra serie se reporta un 7.1%.

La fuga anastomótica reportada en la literatura fue de un 6%, comparada con la nuestra de un 7.1%.

La abertura de la cavidad pleural una o ambas según Grupta, se reporta en un 100% de los pacientes, comparado con 35.7% de la nuestra.

En cuanto a la mortalidad se reporta de un 2%, no pudiendo comparar la mortalidad con nuestro estudio por lo ya referido anteriormente.

Por lo que los resultados obtenidos son comparables a los de la literatura mundial.

## **CONCLUSIONES.**

1. La frecuencia con relación al sexo, concuerda con lo reportado en la literatura mundial, siendo mayor en hombres.
2. El rango de edad fue de entre 17 y 79 años.
3. La patología benigna en etapa final del esófago más frecuente fue la lesión por cáusticos, seguida por la enfermedad por reflujo gastroesofágico.
4. El órgano de sustitución más frecuente fue al igual que en otras series reportadas el colon, seguidas por el estómago. Sin experiencia en sustitución por yeyuno.
5. El procedimiento quirúrgico más utilizado fue la resección de esófago de forma roma digital transhiatal, con sustitución por mediastino posterior, anastomosis con puntos separados y la sutura más empleada con vycril del 000.
6. La complicación quirúrgica fue del 71.4% en etapa temprana y del 35.7% en etapa tardía.
7. La mortalidad reportada en nuestra revisión fue del 0%, no valorable.

## **BIBLIOGRAFÍA.**

1. Lee, R.B.; M.D., y Miller, J.I.; M.D., Esofagectomía por cáncer. CLINICAS QUIRÚRGICAS DE NORTEAMÉRICA. CIRUGÍA DE ESÓFAGO. Mc-Graw-Hill Interamericana. 1997, 77 (5); 1141-1165.
2. Akiyama, H.; M.D., Esofagectomía sin toracotomía (esofagectomía transhiatal) y reemplazo del esófago con estómago o colon. EL DOMINIO DE LA CIRUGÍA. NYHUS., Panamericana, 1999, 853-862
3. Watson, T.J.; M.D., Peters, J.H.; M.D., y De Meester, T.R.; M.D., Reemplazo del esófago por enfermedad esofágica benigna en etapa final. CLINICAS QUIRÚRGICAS DE NORTEAMÉRICA. CIRUGÍA DE ESÓFAGO. Mc-Graw-Hill Interamericana. 1997. 77 (5); 1077-90.
4. Cattan, P.; Muñoz-Bongrand, N.; Berney, T.; et al. EXTENSIVE ABDOMINAL SURGERY AFTER CAUSTIC INGESTION. Ann Surg, 2000 Apr; 231 (4), 519-23.
5. Vereczki, A.; Varga, G.; Poto, L.; et al. MANAGEMENT OF CORROSIVE INJURES OF THE ESOPHAGUS. Acta Chir Hung, 1999; 38 (1): 119-22.
6. Banbury, M.K.; Rice, T.W.; Goldblum, J.R.; Clark, S.B.; et al. ESOPHAGECTOMY WITH GASTRIC RECONSTRUCTION FOR ACHALASIA. J Thorac Cardiovasc Surg. 2000 Jan; 119 (1): 194-5.
7. Watson, T.J.; DeMeester, T.R.; Kausner, W.K. et al. ESOPHAGEAL REPLACEMENT FOR END-BENIGN ESOPHAGEAL DISEASE. J Thorac Cardiovasc Surg, 1998 Jun; 124:1-7.
8. Altortjav, A.; Kiss, J.; Voros, A.; et al. THE ROLE OF ESOPHAGECTOMY IN THE MANAGEMENT OF ESOPHAGEAL PERFORATIONS. Ann Thorac Surg. 1998, May; 65 (5); 1433-6.
9. Yararbai, O.; Osmanodlu, H.; Kaplan, H.; et al. ESOPHAGOCOLOPLASTY IN THE MANAGEMENT OF POSTCORROSIVE STRICTURES OF THE ESOPHAGUS. Hepatogastroenterology. 1998, Jan-Feb; 45 (19); 59-64.
10. Gadenstatter, M.; Hagen, J.A.; De Meester, T.R.; et al. ESOPHAGECTOMY FOR UNSUCCESSFUL ANTIREFLUX OPERATIONS. J Thorac Cardiovasc Surg. 1998 Feb, 115 (2); 296-300.
11. Gupta, N.M.; Goenka, M.K.; Behera, A.; et al. TRANSHIATAL OESOPHAGECTOMY FOR BENIGN OBSTRUCTIVE CONDITIONS OF THE ESOPHAGUS. Br. J. Surg. 1997 Feb; 84 (2); 262-4.

12. Davis, E.A.; Heitmiller, R.F.; ESOPHAGECTOMY FOR BENIGN DISEASE: TRENDS IN SURGICAL RESULTS AND MANAGEMENT. *Ann Thorac Surg.* 1996 Aug, 62 (2): 369-72.
13. Wu, M.H.; Lai, W.W.; Lin, M.Y.; et al. PREVENTION AND MANAGEMENT OF STRICTURES AFTER HYPOPHARYNGOCOLOSTOMY OR ESOPHAGOCOLOSTOMY. *Ann Thorac Surg.* 1994 Jul; 58 (1): 108-11.
14. Peters, J.H. y De Meester, T.R., Esófago y Hernia diafragmática. PRINCIPIOS DE CIRUGÍA, Schwartz, Mc Graw-Hill, 1999,
15. Huang, J.L.; Duan, Z.Q.; Li-Yang, et al. ESOPHAGEAL RECONSTRUCTION BY JEJUNAL TRANSFER. *Ann Plast Surg.* 1999, Jun; 42 (6); 658-61.
16. Yamamoto, Y.; Nohira, K.; Shintomi, Y.; et al. MESENTERIC FLAP IN FREE JEJUNAL TRANSFERS: A VERSATILE TECHNIQUE FOR HEAD AND NECK RECONSTRUCTION. *Head Neck.* 1995 May-Jun; 17 (3); 213-8.
17. Metzger, J.; Degen, L.; Beglinger, C.; et al. CLINICAL OUTCOME AND QUALITY OF LIFE AFTER GASTRIC AND DISTAL ESOPHAGUS REPLACEMENT WITH AN ILEOCOLON INTERPOSITION. *J. Gastrointest Surg.* 1999, 3 (4), 383-8.

# ANEXOS.

## TABLA 1.

Sexo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido.	Porcentaje Acumulado
Válido	masculino	19	67.9	67.9	67.9
	femenino	9	32.1	32.1	100.0
	Total	28	100.0	100.0	

### GRAFICA 1.

sexo

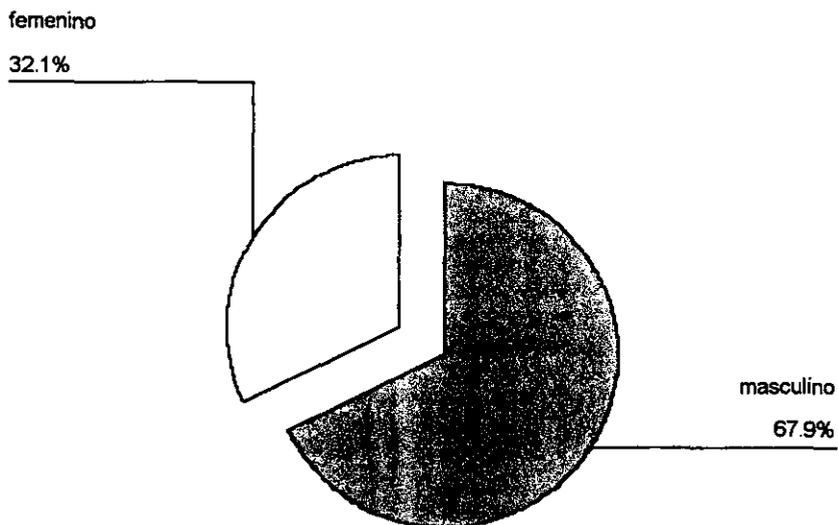


TABLA 2.  
Edades.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar
Edades	28	17	79	42.43	20.01
Válido N (listwise)	28				

TABLA 3.  
Grupos de edades

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido	16 - 20	3	10.7	10.7	10.7
	21 - 30	6	21.4	21.4	32.1
	31 - 40	8	28.6	28.6	60.7
	41 - 50	1	3.6	3.6	64.3
	51 - 60	3	10.7	10.7	75.0
	61 - 70	2	7.1	7.1	82.1
	71 - 80	5	17.9	17.9	100.0
	Total	28	100.0	100.0	

GRAFICA 2.

### Grupos de edades

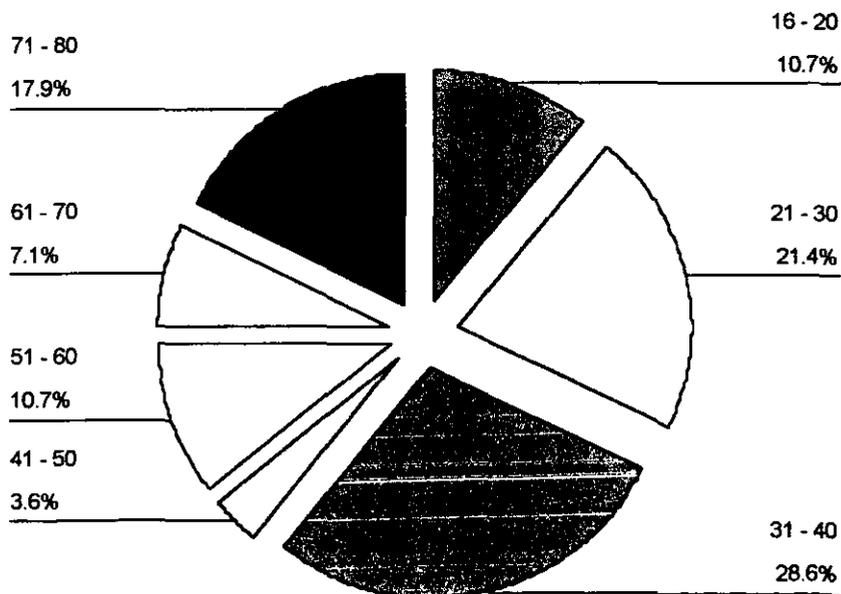


TABLA 4.  
Estadísticas Descriptivas.  
Diagnósticos.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido	Acalasia.	4	14.3	14.3	14.3
	Lesiones traumáticas.	2	7.1	7.1	21.4
	Quemaduras por sustancias químicas.	10	35.7	35.7	57.1
	Lesiones iatrogénicas.	2	7.1	7.1	64.3
	Estenosis por esofagitis crónica	9	32.1	32.1	96.4
	Posradiación	1	3.6	3.6	100.0
	Total	28	100.0	100.0	

GRAFICA 3.

### Diagnostico

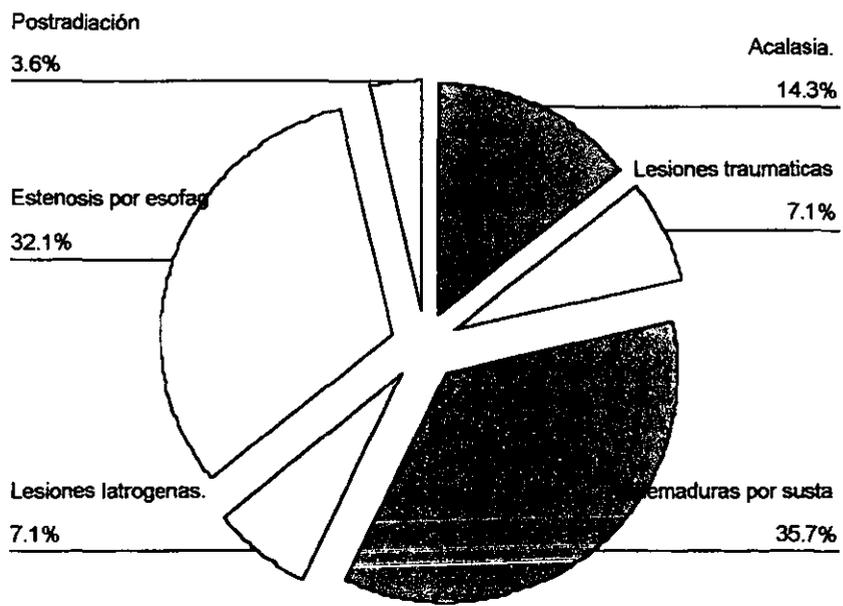


TABLA 5.  
Hemoglobina. mg. / dl.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar
Hemoglobina	24	9.90	19.50	13.5958	2.0563
Válido N (listwise)	24				

TABLA 6.  
Hematocrito. %

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar
Hematocrito	26	32.00	48.20	40.4077	4.5308
Válido N (listwise)	26				

TABLA 7.  
Glucosa. mg. / dl.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar
Glucosa	24	74.00	160.00	98.0833	18.8539
Válido N (listwise)	24				

TABLA 8.  
Creatinina. mg. / dl.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar
Creatinina	23	.58	1.30	.9826	.1915
Válido N (listwise)	23				

TABLA 9.  
Proteínas totales. mg. / dl.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar
Proteínas totales	24	5.20	8.40	6.9921	.7606
Válido N (listwise)	24				

TABLA 10.  
 Albúmina.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar
Albúmina	18	3.20	4.60	3.9094	.3888
Válido N (listwise)	18				

TABLA 11.  
 Globulina. mg. / dl.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar
Globulina	16	2.20	3.94	3.0900	.5036
Válido N (listwise)	16				

TABLA 12.  
 Tiempo de Protrombina.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar
TP	24	10.80	16.80	13.0292	1.3738
Válido N (listwise)	24				

TABLA 13.  
 Tiempo parcial tromboplastina.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar
TPT	23	24.70	42.40	30.3174	4.7405
Válido N (listwise)	23				

TABLA 14.  
Tele de Tórax.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido	SI	1	3.6	3.6	3.6
	NO	27	96.4	96.4	100.0
	Total	28	100.0	100.0	

GRÁFICA 4.

### Tele de Torax

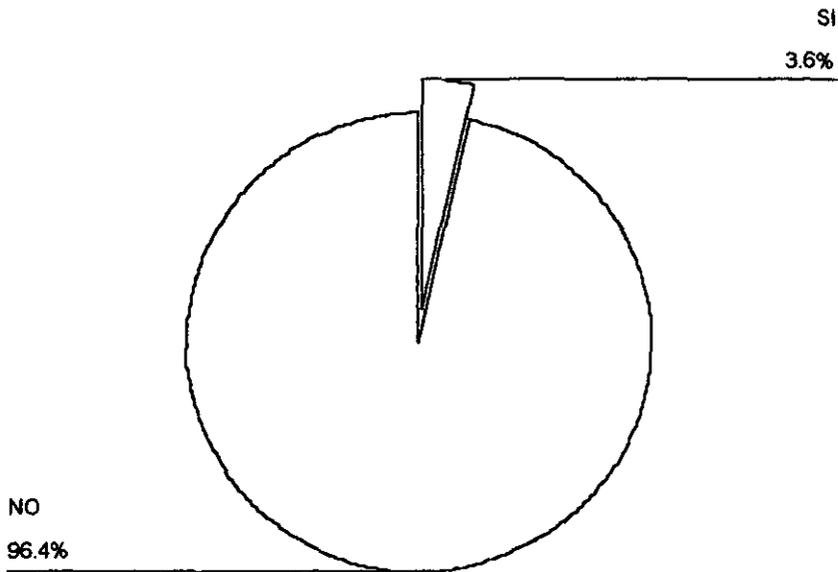


TABLA 15.  
Serie esófagogastrroduodenal.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado.
Válido	SI	20	71.4	71.4	71.4
	NO	8	28.6	28.6	100.0
	Total	28	100.0	100.0	

GRÁFICA 5.

### SEGD

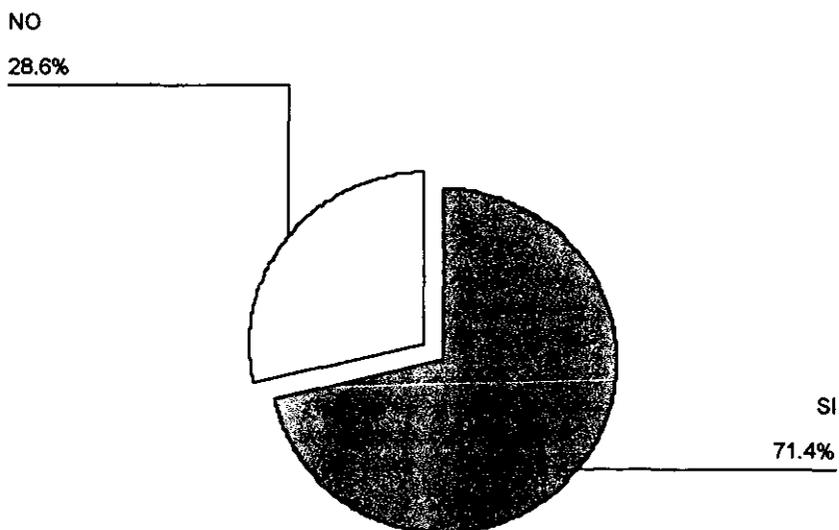


TABLA 16.  
Colon por Enema.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido	SI	12	42.9	42.9	42.9
	NO	16	57.1	57.1	100.0
	Total	28	100.0	100.0	

GRÁFICA 6.

### Colon por Enema

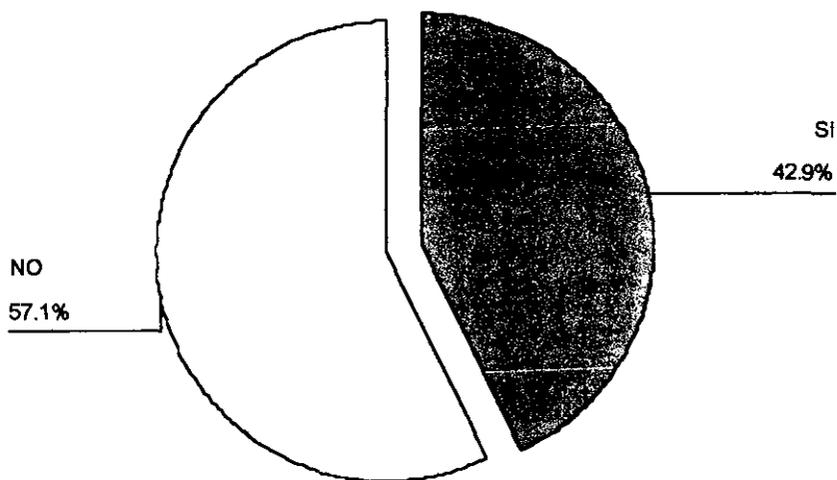


TABLA 17.  
Esófagogastroduodenoscopia.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido	SI	24	85.7	85.7	85.7
	NO	4	14.3	14.3	100.0
	Total	28	100.0	100.0	

GRAFICA 7.

### Esófagogastroduodenoscopia

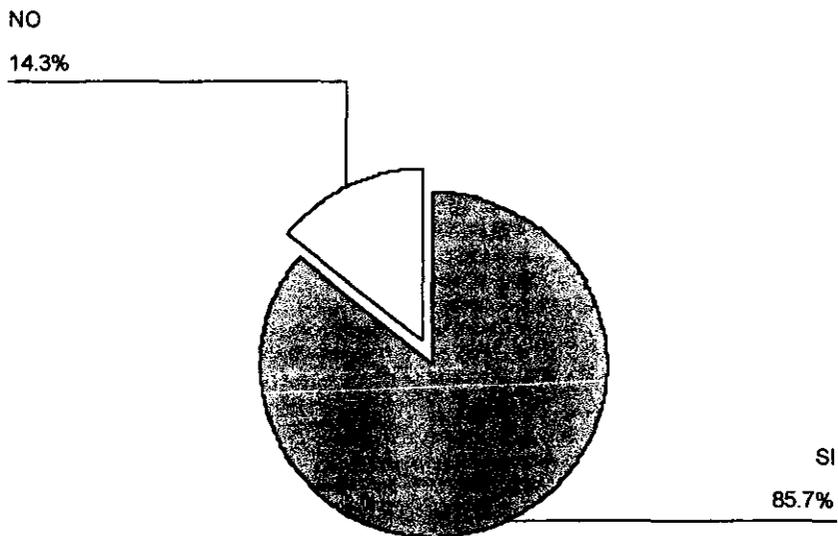


TABLA 18.  
Colonoscopia.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido	SI	3	10.7	10.7	10.7
	NO	25	89.3	89.3	100.0
	Total	28	100.0	100.0	

GRÁFICA 8.

### Colonoscopia

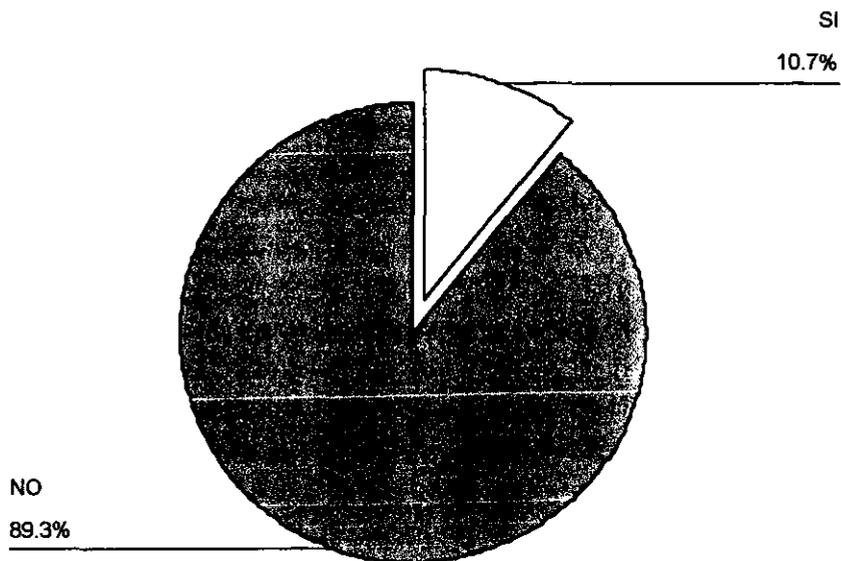


TABLA 19.  
Manometría esofágica.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido	SI	2	7.1	7.1	7.1
	NO	26	92.9	92.9	100.0
	Total	28	100.0	100.0	

GRAFICA 9.

### Manometría esofágica

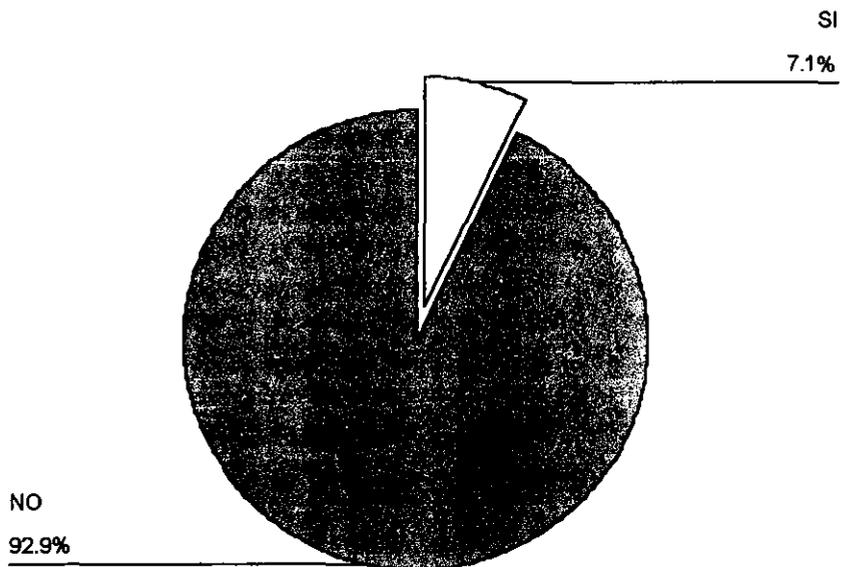


TABLA 20.  
TAC.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido	NO	28	100.0	100.0	100.0

GRÁFICA 10.

TAC

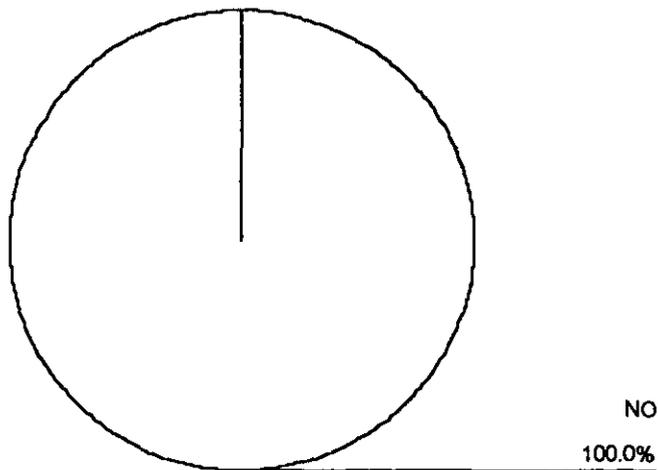


TABLA 21.  
Arteriografía.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido	NO	28	100.0	100.0	100.0

GRÁFICA 11.

### Arteriografía

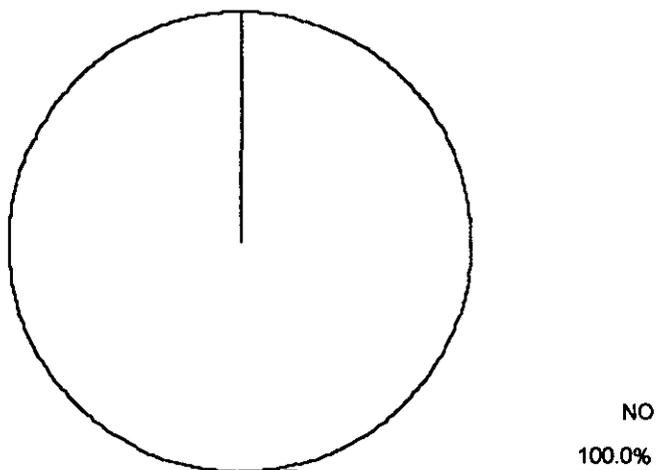


TABLA 22.  
Gamagrafía.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido	SI	1	3.6	3.6	3.6
	NO	27	96.4	96.4	100.0
	Total	28	100.0	100.0	

GRÁFICA 12.

### Gamagrafía

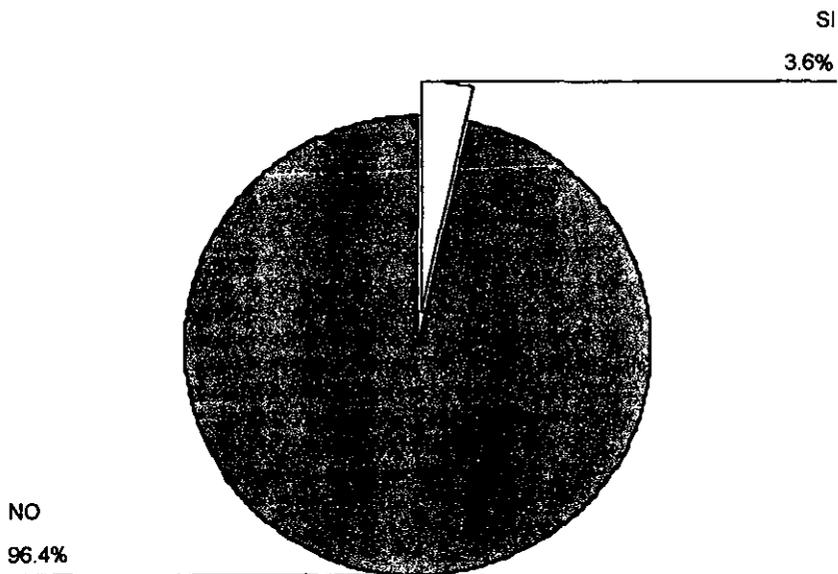


TABLA 23.  
Pruebas de Función Ventilatoria.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido	SI	12	42.9	42.9	42.9
	NO	16	57.1	57.1	100.0
	Total	28	100.0	100.0	

GRÁFICA 13.

### Pruebas de Función Ventilatoria

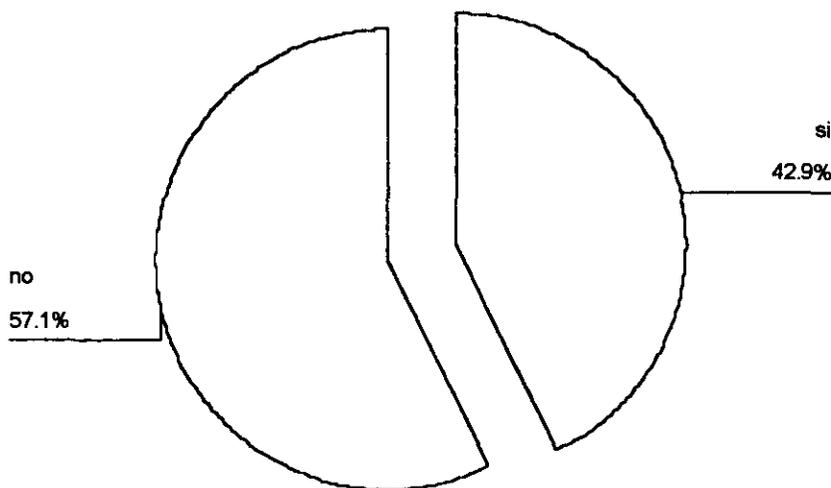


TABLA 24.  
Técnica de resección quirúrgica.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido	Abierta	1	3.6	3.6	3.6
	Cerrada roma	19	67.9	67.9	71.4
	Cerrada roma y por tracción por eversión	4	14.3	14.3	85.7
	NO SE REALIZO	4	14.3	14.3	100.0
	Total	28	100.0	100.0	

GRÁFICA 14.

### Técnica Resección quirúrgica.

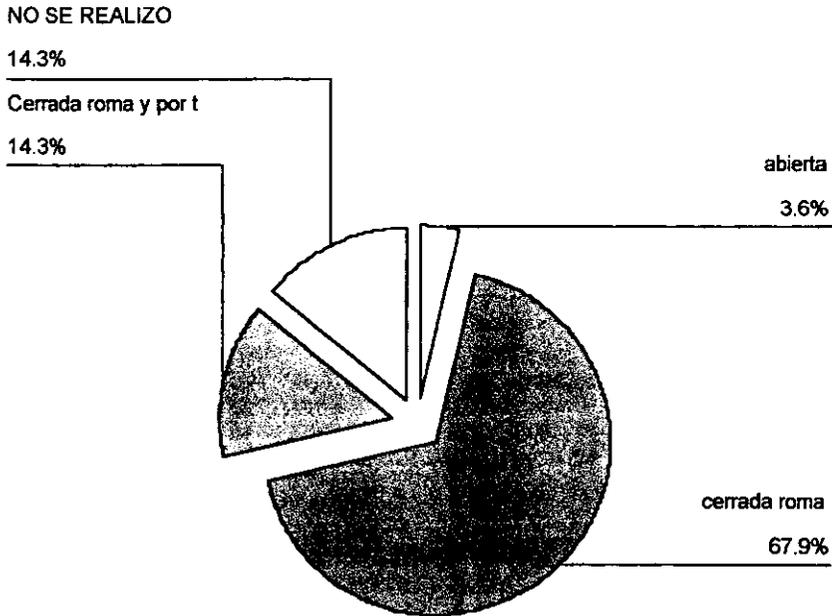


TABLA 25.  
 Órgano de sustitución esofágica.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido	Estomago	11	39.3	39.3	39.3
	Colon transverso	3	10.7	10.7	50.0
	Colon izquierdo	14	50.0	50.0	100.0
	Total	28	100.0	100.0	

GRÁFICA 15.

### Sustitución.

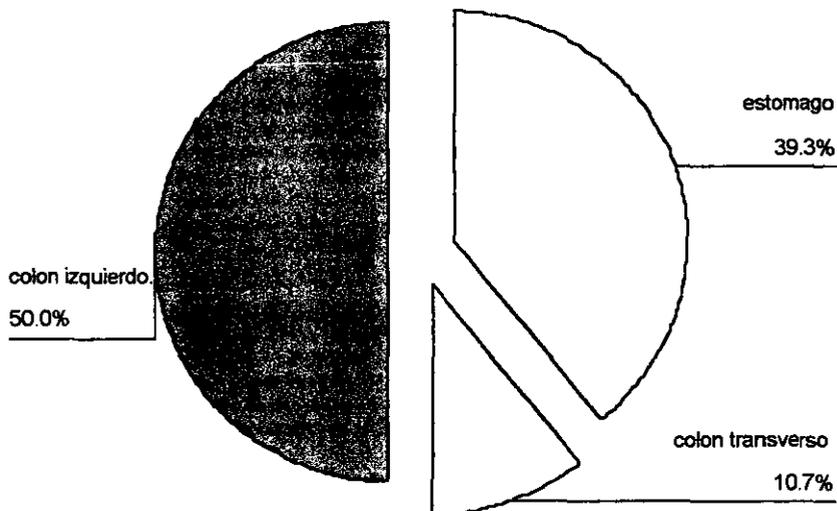


TABLA 26.

Dirección de la sustitución.

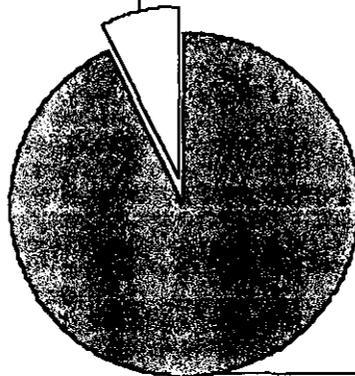
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido	Isoperistáltica.	26	92.9	92.9	92.9
	Antiperistáltica.	2	7.1	7.1	100.0
	Total	28	100.0	100.0	

GRÁFICA 16.

Dirección.

antiperistáltica.

7.1%



isoperistáltica.

92.9%

TABLA 27.  
 Vía de Sustitución.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido	Mediastino Posterior	19	67.9	67.9	67.9
	Retroesternal	9	32.1	32.1	100.0
	Total	28	100.0	100.0	

GRÁFICA 17.

Vía de Sustitución.

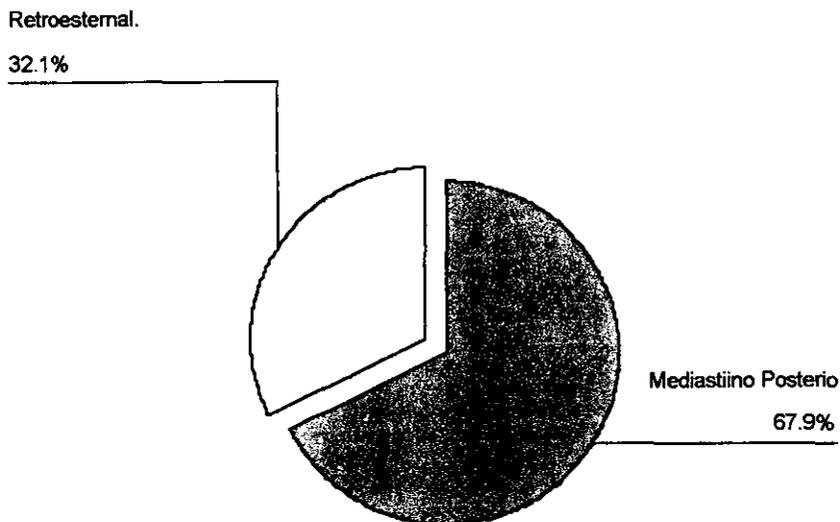


TABLA 28.  
Técnica de Anastomosis.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Valido	Puntos separados	24	85.7	85.7	85.7
	Sutura continua	3	10.7	10.7	96.4
	engrapadora	1	3.6	3.6	100.0
	Total	28	100.0	100.0	

GRÁFICA 18.

### Técnica de Anastomosis.

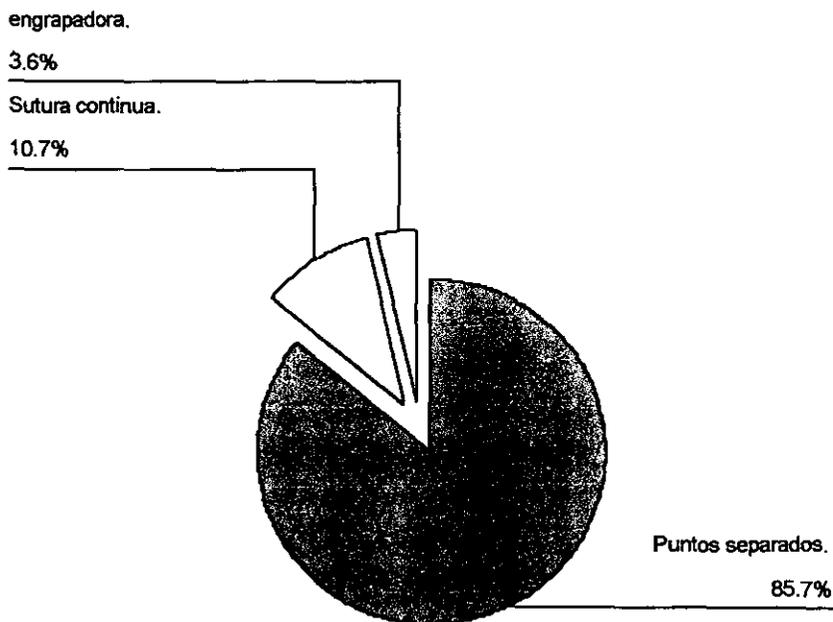


TABLA 29.  
Sutura.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido	Seda	4	14.3	14.3	14.3
	Vycril	14	50.0	50.0	64.3
	Dexon	4	14.3	14.3	78.6
	Prolene	3	10.7	10.7	89.3
	NO SE MENCIONA	3	10.7	10.7	100.0
	Total	28	100.0	100.0	

GRAFICA 19.

### Sutura.

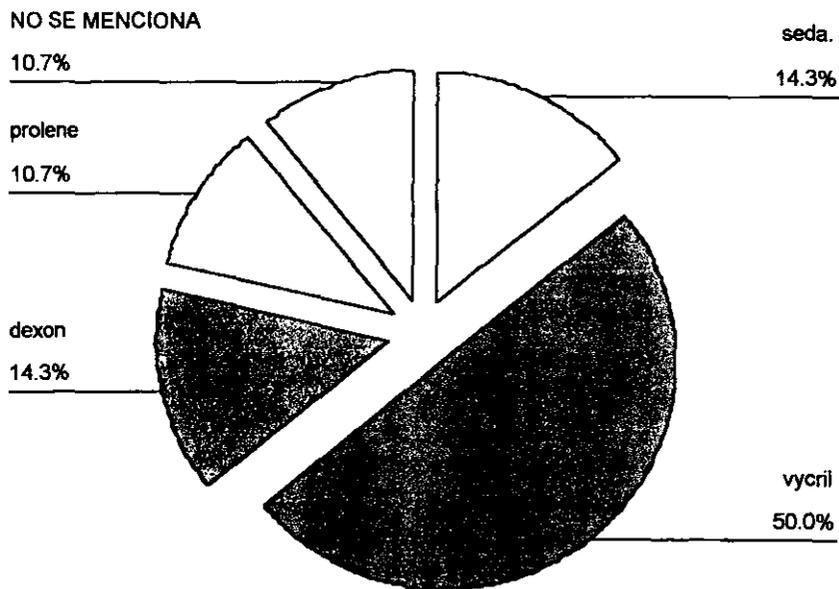


TABLA 30.  
Complicaciones tempranas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido	SI	20	71.4	71.4	71.4
	NO	8	28.6	28.6	100.0
	Total	28	100.0	100.0	

GRÁFICA 20.

Complicaciones tempranas.

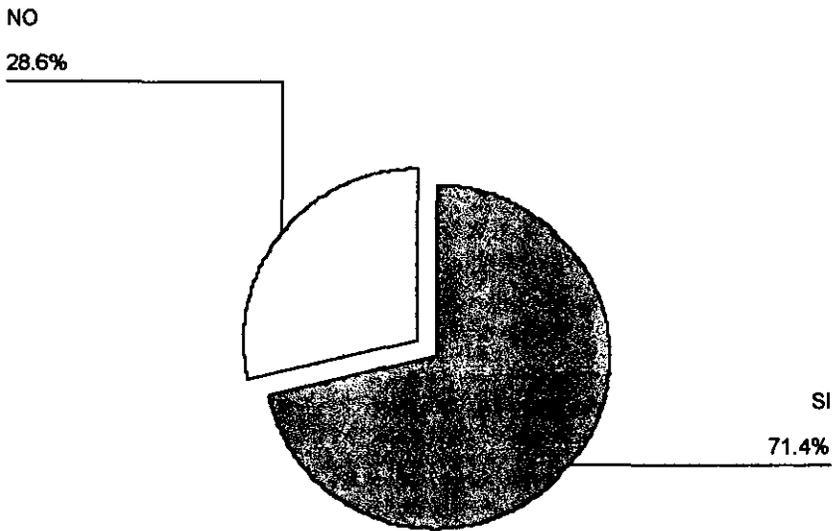
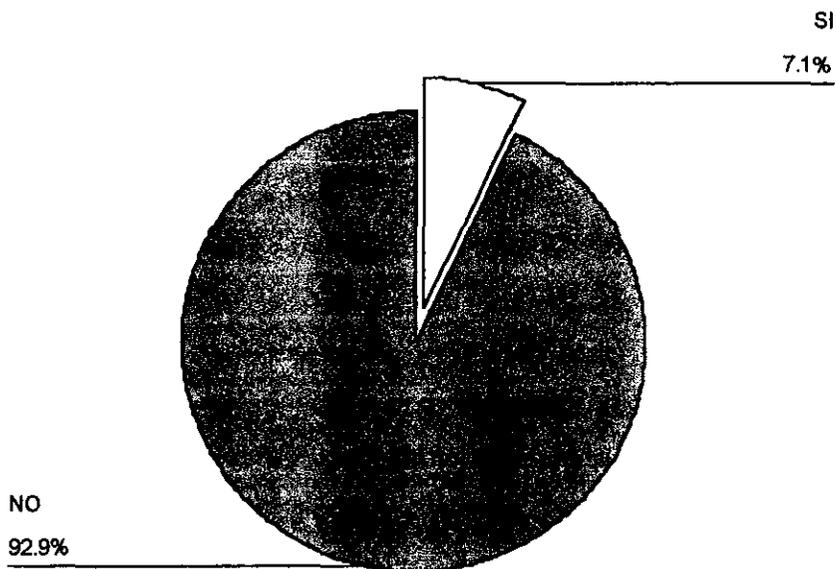


TABLA 31.  
Neumonía.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido	SI	2	7.1	7.1	7.1
	NO	26	92.9	92.9	100.0
	Total	28	100.0	100.0	

GRÁFICA 21.

Neumonía.



LA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

TABLA 32.  
Neumotórax.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido	IZQUIERDO	4	14.3	14.3	14.3
	DERECHO	4	14.3	14.3	28.6
	BILATERAL	2	7.1	7.1	35.7
	NINGUNO.	18	64.3	64.3	100.0
	Total	28	100.0	100.0	

GRÁFICA 22.

Neumotorax.

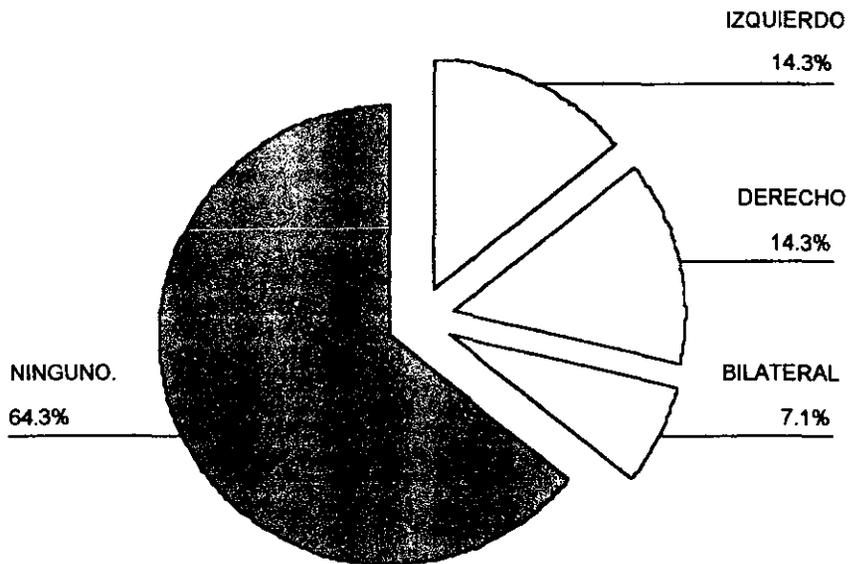


TABLA 33.  
Derrame Pleural.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido	IZQUIERDO	1	3.6	3.6	3.6
	DERECHO	3	10.7	10.7	14.3
	BILATERAL	1	3.6	3.6	17.9
	NINGUNO	23	82.1	82.1	100.0
	Total	28	100.0	100.0	

GRÁFICA 23.

### Derrame Pleural.

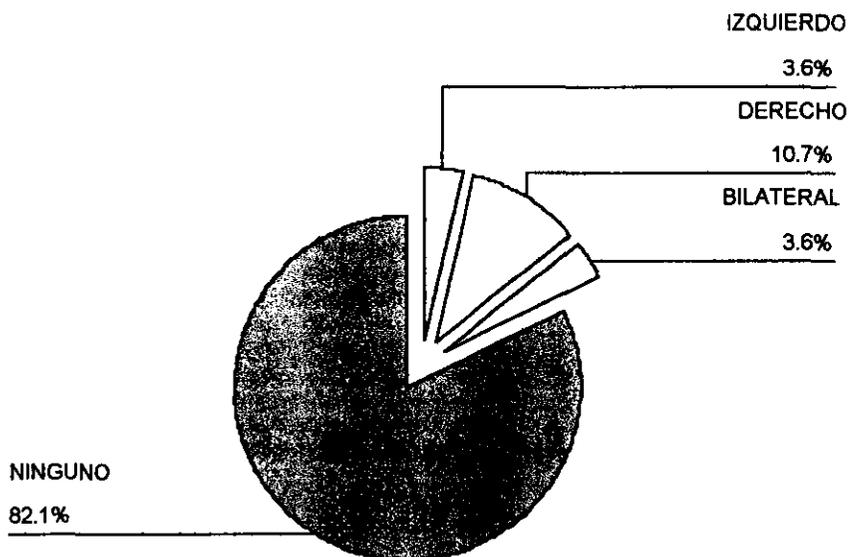


TABLA 34.  
Fuga de la anastomosis.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido	SI	2	7.1	7.1	7.1
	NO	26	92.9	92.9	100.0
	Total	28	100.0	100.0	

GRÁFICA 24.

Fuja de la anastomosis.

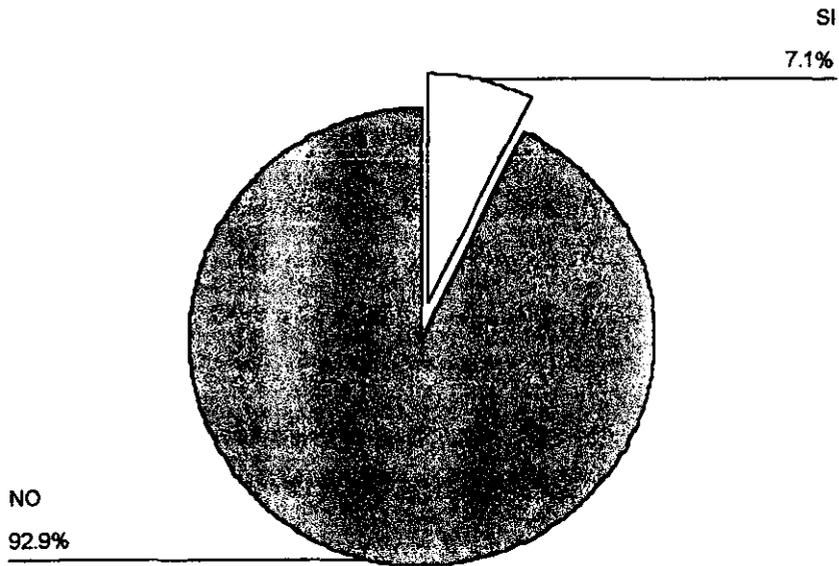


TABLA 35.  
Infección de herida Quirúrgica.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido	SI	1	3.6	3.6	3.6
	NO	27	96.4	96.4	100.0
	Total	28	100.0	100.0	

GRÁFICA 25.

### Infección de herida Qx.

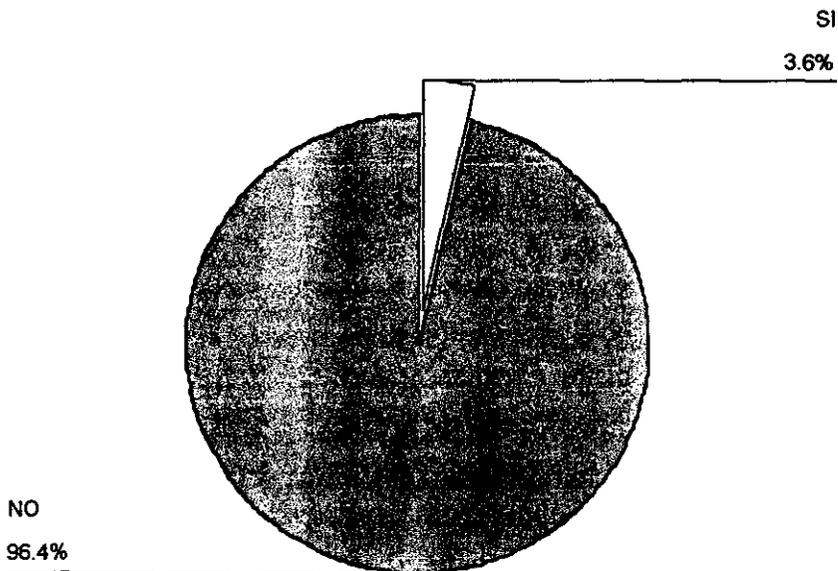


TABLA 36.  
Necrosis del Injerto.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido	SI	2	7.1	7.1	7.1
	NO	26	92.9	92.9	100.0
	Total	28	100.0	100.0	

GRÁFICA 26.

Necrosis del Injerto.

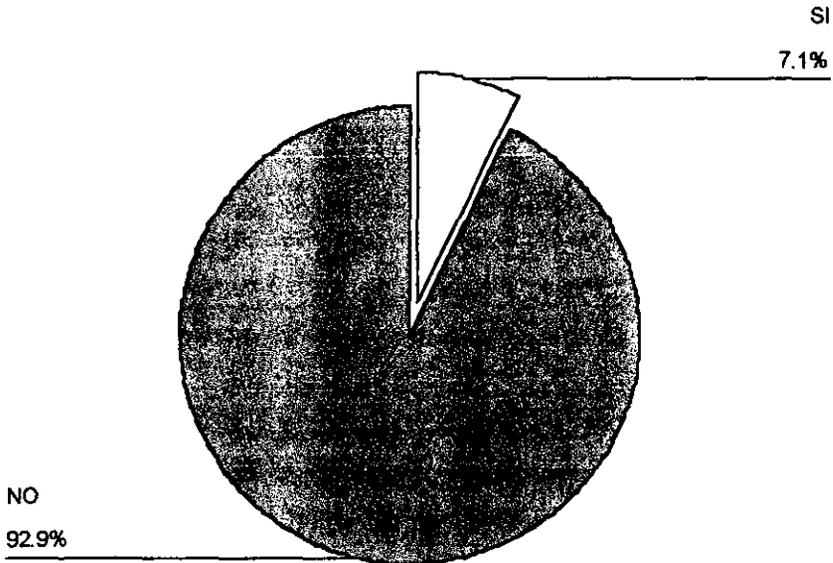


TABLA 37.  
Esplenectomía.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido	SI	2	7.1	7.1	7.1
	NO	26	92.9	92.9	100.0
	Total	28	100.0	100.0	

GRÁFICA 27.

### Esplenectomía.

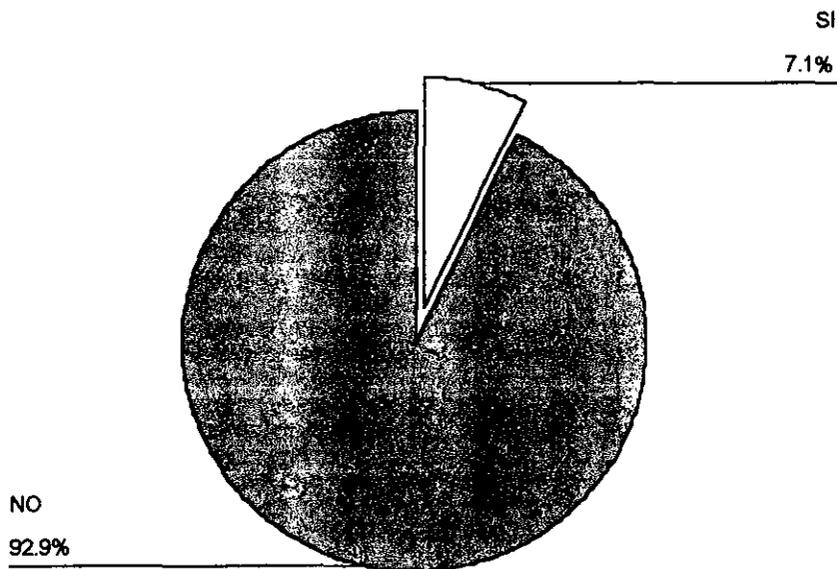


TABLA 38.  
Evisceración.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido	SI	2	7.1	7.1	7.1
	NO	26	92.9	92.9	100.0
	Total	28	100.0	100.0	

GRÁFICA 28.

Evisceración.

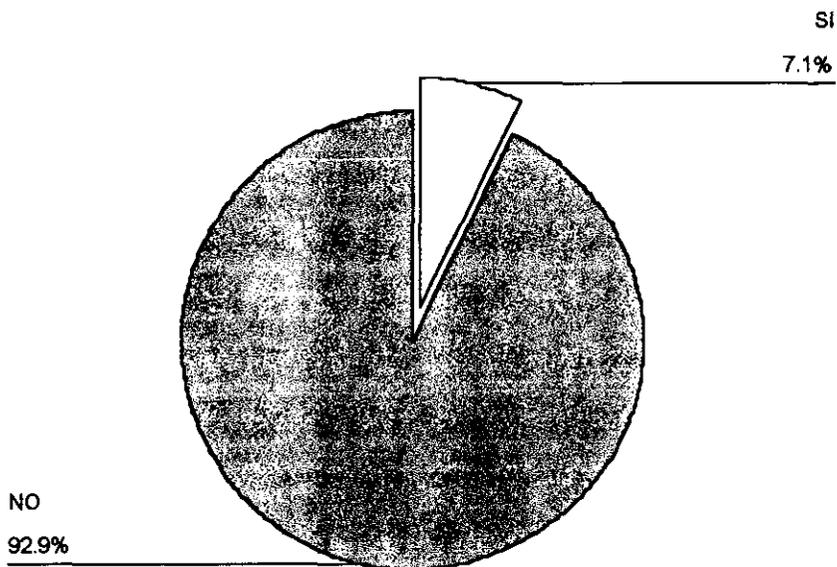


TABLA 39.  
Complicaciones Tardías.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido	ESTENOSIS ESOFAGOGASTRICA	3	10.7	10.7	10.7
	ESTENOSIS ESOFAGOCOLONICA	5	17.9	17.9	28.6
	OCLUSION INTESTINAL	1	3.6	3.6	32.1
	HERNIA DE PARED	1	3.6	3.6	35.7
	NINGUNA	18	64.3	64.3	100.0
	Total	28	100.0	100.0	

GRÁFICA 29.

### Complicaciones Tardías.

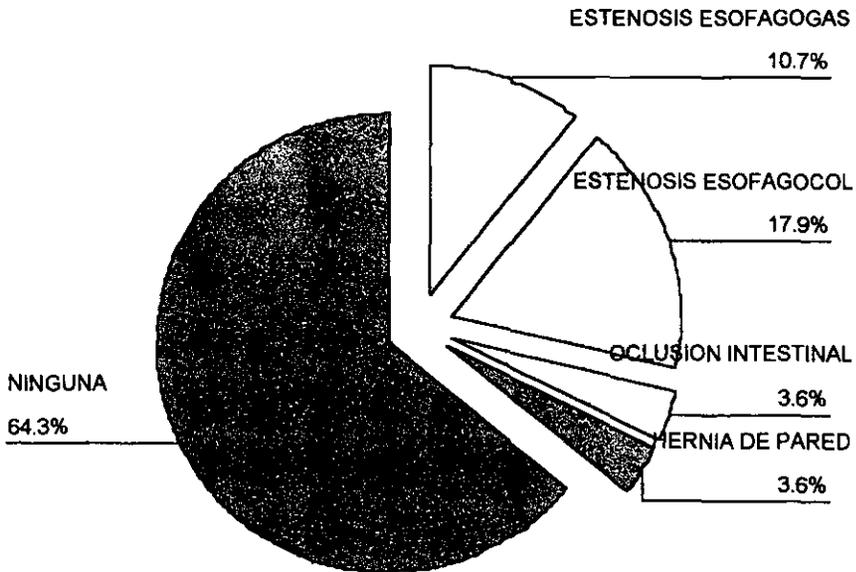


TABLA 40.  
Mortalidad.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido	Vivió	28	100.0	100.0	100.0

GRÁFICA 30.

### Mortalidad.

