

11209  
17

UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO.

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA

SINTOMATOLOGÍA PERSISTENTE, RECURRENTE  
O DE NOVO DESPUÉS DE UN PROCEDIMIENTO  
ANTIRREFLUJO

TESIS DE POSTGRADO  
PRESENTADA POR:  
DR. FRANCISCO BEVIA PÉREZ

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LA ESPECIALIDAD EN:  
CIRUGÍA GENERAL

ASESOR:  
DR. JESÚS ARENAS OSUNA

MÉXICO D.F., 2004.

2003



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

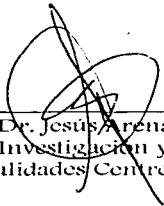
**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

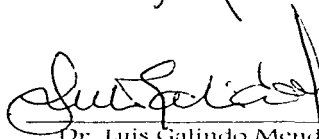
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

**TESIS  
CON  
FALLA DE  
ORIGEN**

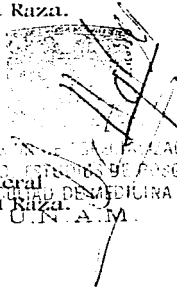



  
\_\_\_\_\_  
Dr. Jesús Arenas Osuna

Jefatura de Investigación y Educación Médicas  
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza.

  
\_\_\_\_\_  
Dr. Luis Galindo Mendoza

Titular del Curso de Especialización en Cirugía General  
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza.

  
\_\_\_\_\_  
MIRIAM ROSA GARCIA  
MAGISTER EN ESPECIALIZACION  
EN CIRUGIA GENERAL DE GRADO  
UNIVERSIDAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

  
\_\_\_\_\_  
Dr. Francisco Bevia Pérez

Médico Residente en Cirugía General.  
Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza.

Protocolo número: 2002-690-0143

## RESUMEN

**TITULO::** Sintomatología Persistente, Recurrente o DeNovo Después De Un Procedimiento Antirreflujo.

**OBJETIVO:** Determinar la frecuencia de reoperación en 756 pacientes consecutivos sometidos a funduplicatura, las indicaciones para llevarla a cabo, los hallazgos transoperatorios y el tipo de reparación en el HECMNR en de 10 años.

**MATERIAL Y METODOS:** Diseño: Transversal descriptivo, se incluyó a todos los pacientes sometidos a funduplicatura abierta o laparoscópica con sintomatología persistente, recurrente o de novo, que ameritaron cirugía de revisión abierta, identificándose las alteraciones durante el transoperatorio y el tipo de reparación ofrecida. Se utilizó estadística descriptiva y análisis univariado.

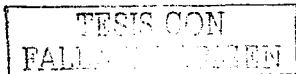
**RESULTADOS:** De 756 sujetos sometidos a funduplicatura, 30(3.96%) ameritaron cirugía de revisión. La cirugía original fue el Nissen abierto en 20 pacientes (66.6%) La sintomatología más frecuente fue el reflujo recurrente (regurgitación y pirosis) en 13

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

(43.3%), seguida de disfagia en 11(36.6%). El hallazgo operatorio que explicó la mayoría de las fallas de la funduplicatura fue la disrupción de pilares en 8 (26.6%), funduplicatura apretada en 7(23.3%) y disrupta en 7(23.3%). La cirugía de revisión más realizada fue la funduplicatura Guarner (6 casos) y la Gastrectomía Subtotal con GYA en Y de Roux(6 casos). Otros procedimientos fueron el Nissen con cierre de pilares (4) y el Belsey-Mark IV (4)

**CONCLUSIONES:** La funduplicatura fallida aparece más en manos inexpertas. Su frecuencia se eleva ante el mayor número de procedimientos antirreflujo practicados. La disrupción de pilares es la causa más común en nuestro medio. Recomendamos la Gastrectomía subtotal cuando la pérdida de la anatomía no deja otro camino.

**PALABRAS CLAVE:** REFUNDUPLICATURA, SINTOMATOLOGÍA, HALLAZGOS.



## ABSTRACT

**TITLE:** Recurrent, Persistent Or De Novo Symptomatology After An Antireflux Procedure.

**OBJECTIVE:** To demonstrate the rate of reoperation in 756 consecutive patients who underwent fundoplication, the indications to perform it, the operative findings and the type of reoperation done in the HECMNR in 10 years.

**METHODS.** All patients who underwent open or laparoscopic fundoplication with persistent, recurrent or the novo symptomatology who ameritate survey reoperation were included, identifying alterations during transoperative period and the type of reoperation offered.

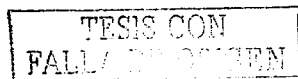
**RESULTS:** Of the 756 patients who underwent fundoplication, 30(3.96%) ameritate survey surgery. The original operation was open Nissen in 20 patients(66.6%). The most frequent symptomatology observed was recurrent reflux (regurgitation and pyrosis) in 13 patients(43.3%), followed by dysphagia in

TESIS CON  
FALLA EN ORIGEN

11(36.3%). The operative finding that explain most causes of fundoplication failure was crura disruption in 8 patients (26.6%) followed by tight fundoplication in 7(23.3%) and disruption in 7(23.3%). The most redo procedure performed was Guarner fundoplication(6 cases) and subtotal gastrectomy with GYA Roux in Y(6 cases); Other performed procedures were Nissen with crura closure(4) and Belsey-Mark IV(4).

CONCLUSIONS: Failed Fundoplication appears more frequently in inexperienced hands. Its frequency arises with more fundoplication procedures performed. The crura disruption is the most common cause in our circle. We recommend subtotal gastrectomy when anatomy lost don't let any other way.

CLUE WORDS: REFUNDOPLICATION, SYMPTOMATOLOGY, FINDINGS.





## ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

El reflujo gastroesofágico es un fenómeno normal . La mayoría de la población sana lo experimenta durante periodos cortos casi siempre después de las comidas. La ERGE ocurre cuando la exposición de ácido al esófago es mayor que en la población general. (1)

La ERGE es la patología del tubo digestivo alto más común en el mundo occidental. Afecta a millones de personas cada año.(2)

Hablando del manejo, el decenio de los 90's trajo consigo dos cambios mayúsculos en el manejo a largo plazo de la Enfermedad por Reflujo gastroesofágico(ERGE). Los inhibidores de la bomba de protones por un lado , y la introducción de la era laparoscópica, creó una revolución en el manejo quirúrgico de esta entidad. El alivio de los síntomas puede ser alcanzado hasta en el 90% de los casos por cualquiera de los 2 manejos cuando se utilizan de forma adecuada. (3)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Para pacientes con ERGE severa, el tratamiento quirúrgico es una forma efectiva para controlar la enfermedad y su objetivo es el de construir un mecanismo efectivo capaz de prevenir el reflujo del material gástrico hacia el esófago, manteniendo la habilidad para deglutir y eructar. (2)

Independientemente de que la vía de la reparación sea abierta o laparoscópica como lo demuestra el estudio aleatorizado de Nilsson que comparó las dos vías con las ventajas para la laparoscopia en cuanto a estancia intrahospitalaria y menor necesidad de analgésicos y para la cirugía abierta en cuanto al tiempo operatorio, las dos ofrecen excelentes resultados, avalados por este y otros estudios en los que el control del reflujo es mayor al 85-90%. (2) (4)

Teniendo en cuenta que la cirugía antirreflujo no está exenta de fallas y complicaciones en un 10-15% de los casos, y que el porcentaje de individuos que ameritarán reintervención será del 3 al 6%, los pacientes con síntomas persistentes, recurrentes o nuevos

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

después de un procedimiento antirreflujo, constituirán un problema más común en un futuro cercano.(5) (6) (7)

La falla de un procedimiento antirreflujo ocurre cuando el paciente después de la cirugía, es incapaz de deglutir normalmente, experimenta un malestar en el abdomen superior durante y después de las comidas, y tiene recurrencia o persistencia de los síntomas de reflujo. Por lo tanto, la identificación de la causa de la falla y el manejo de estos pacientes representan problemas demandantes. .(5)

Muchas de las secuelas postfunduplicatura se presentaban previamente a la realización de la cirugía, y obviamente el beneficio de la cirugía es mucho mayor en cuanto a la resolución de síntomas de ERGE y la evolución postoperatoria. (8) El manejo de las complicaciones postfunduplicatura comienza por la prevención de los mismos. En primer lugar, muchos de los problemas postfunduplicatura tales como la disfagia, atrapamiento de aire u otros son severos e incapacitantes.(3) Hablando de la disfagia

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

independientemente del tipo de funduplicatura utilizada Nissen o Toupet, o la ligadura de los vasos cortos o cierre de pilares para disminuir la incidencia de la misma, no existen diferencias significativas entre los dos procedimientos para prevenirla y es hasta cierto punto esperable en hasta un 20 % de los pacientes postoperados. (9). Sin embargo, en 10-15% de los pacientes la molestia continúa ameritando dilatación o revisión quirúrgica en 1-3% de los casos.(10). Después de una funduplicatura el paciente continúa presentando eructos ,sin embargo esto , la mayor parte de las veces no es secundario a la persistencia del reflujo gastroesofágico, sino a la presencia de reflujo esófago faríngeo del aire deglutido como lo expresó Tew en el año 2000 en un estudio llevado a cabo en Adelaida, Australia. (11)

En segundo lugar, los índices de éxito en las reintervenciones cae por debajo del 75% con alta morbilidad y mortalidad incluso en manos expertas, sobre todo por la fibrosis secundaria a la primera intervención , que hace que la nueva operación sea técnicamente más

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

demandante. La prevención de las complicaciones postfunduplicatura puede ser dividida en 3 áreas importantes: a) la selección de pacientes, b) la selección de la cirugía , y c) la experiencia del cirujano. (3)

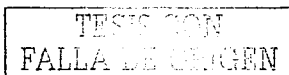
Stein y cols. En 1996 estudiaron a 105 pacientes referidos a su centro en Alemania en un período de 12 años con un procedimiento antirreflujo previo por persistencia, recurrencia o nueva sintomatología posterior al procedimiento y determinó que la sintomatología mas frecuente era el reflujo recurrente (44%) seguido por la disfagia (32.3%). La misma sintomatología se reportó en un estudio llevado a cabo por Pointner en 1999. (5) (6) Las causas de falla resultaron ser en primer lugar, la disrupción de la funduplicatura previamente realizada en la mayor parte de los 71 pacientes que ameritaron cirugía de revisión, y en 40 de los 71 pacientes lograron aislarse fallas técnicas durante la primera cirugía. (5)

TEST CON  
FALLA DE ORIGEN

Otros ensayos dividen la causa de la falla de acuerdo al tipo de procedimiento en abierto o laparoscópico y así, para la cirugía laparoscópica la causa de falla del procedimiento es la herniación de la funduplicatura hacia el tórax, provocada por el cierre defectuoso de los pilares o ruptura en el cierre de los mismos. Para la cirugía abierta la causa de falla más común es el fenómeno del telescopio que es una plicatura alrededor del estómago y no en el esófago bajo con la consecuente herniación del cuerpo gástrico a través de la misma. (12)

Se debe aceptar que la morbilidad en este tipo de pacientes que se somete a funduplicatura tras intervención a nivel del hiato (funduplicatura, vagotomía, reparación de hernias diafragmáticas y miotomía de Heller) es mayor del 44% ( $p < 0.0001$ ) y la mortalidad alcanza hasta el 3% ( $p < 0.21$ ) en un estudio realizado en Alberta Canadá en 1993. (13)

La refunduplicatura por vía laparoscópica ha demostrado índices de éxito iguales que la cirugía abierta que se ubican entre el 75 y el 87%, independientemente de si el procedimiento primario se realizó por vía abierta o laparoscópica. De esto nos habla Pointner en 28 pacientes refunduplicados por esta vía en Austria, así como también otros resultados similares que Granderath comentó recientemente en 18 pacientes. (6). (14)



Cuando se habla de refunduplicatura se debe tener en cuenta si el procedimiento realizado en primera instancia fue una funduplicatura total o parcial ya que en este último caso, la reconstrucción será más difícil, aunque los resultados reportados en informes recientes son alentadores a pesar de series pequeñas. (15)

Con respecto a la edad, Granderath y colaboradores en el 2001 reportaron resultados favorables incluso en pacientes de edad avanzada mayores de 65 años por vía laparoscópica. (16)

Aún en la actualidad existe mucha controversia en cuanto al tipo de reconstrucción y los resultados de esta. Bais, en el 2000 publicó un estudio realizado en Holanda en el que 30 pacientes con al menos una cirugía previa de funduplicación continuaban con sintomatología y ameritaron reconstrucción quirúrgica . A los 30 pacientes se les realizó un procedimiento de Belsey Mark IV lográndose una mejoría en cuanto a la sintomatología en 26 de los 30 pacientes, aproximándose estos hechos a los reportados tras una operación primaria. (7)

La calidad de vida en el postoperatorio de una refunduplicatura es un tema que causa controversia, sin embargo, los esfuerzos de autores como Kamolz y cols. que en 2000 publicaron un tópico sobre este tema de forma favorable para la calidad de vida postoperatoria en estos pacientes, han comenzado a despejar dudas. (17)

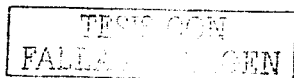
Con lo comentado, se puede decir que la falla de la funduplicatura es poco frecuente en manos expertas; el índice de fallas se puede reducir por medio de una movilización esofágica



amplia, cierre diafragmático seguro, alargamiento esofágico (en casos seleccionados) y evitando eventos que condiciones aumento de la presión intraabdominal. (18)

El objetivo del presente estudio es determinar a nivel institucional en un hospital de tercer nivel cuales fueron en el transcurso de 10 años de revisión, las indicaciones, hallazgos transoperatorios y el tipo de reconstrucción ofrecida para sentar las bases a estudios posteriores con una metodología más compleja para abarcar este problema.

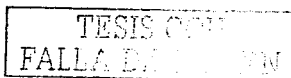
## MATERIAL Y MÉTODOS



### DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio, transversal, descriptivo en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional la Raza en el departamento de cirugía General, del 01 Enero de 1993 al 31 de diciembre del 2002, del expediente clínico se registraron los datos de nombre, afiliación, edad, sexo, fecha de 1ra y 2da funduplicaturas, tipo de funduplicatura primaria, sintomatología predominantemente presentada, hallazgos durante la refunduplicatura, cirugía realizada en la reintervención, se realizó un análisis con estadística descriptiva y de forma univariada .

## RESULTADOS



Durante el periodo del 01 de Enero de 1993 al 31 de Diciembre del 2002 se realizaron un total de 756 funduplicaturas, de ellas, 30(3.96%) pacientes ameritaron reintervención .

De los 30 pacientes reintervenidos, 17 (57%) fueron hombres y 13 (43%) mujeres. La edad promedio fue de 44.23 años con un rango de 20 a 75 años. La técnica quirúrgica que se efectuó en la mayor parte fue la funduplicatura Nissen abierta en 20 sujetos (67%) seguida de Nissen laparoscópica en 7 (23%), 1 con Guarner y Hill (3% cada uno), en otro (3%) no se especificó el procedimiento realizada. (Tabla 1)

La sintomatología que con mayor frecuencia se presentó fue la regurgitación y pirosis con 13 casos (43%), disfagia en 11 (37%), la combinación del de síntomas en 4 (13%) y dolor torácico con 2 casos (7%). (Tabla 2)

Los hallazgos anatómicos transoperatorios durante la cirugía mostraron que el sitio más frecuente de falla fue en los pilares abiertos con 8(27%) casos, seguidos por la funduplicatura apretada y disrupta con 7(23%) casos cada uno. La funduplicatura migrada se encontró en 5 (17%) casos, la funduplicatura floja en 2(7%) y en 1(3%) paciente no se encontraron alteraciones durante la cirugía (Tabla 3). (Gráfica 1).

En la tabla 4 se muestra la correlación entre la falla y la sintomatología clínica, de tal manera que para la funduplicatura apretada la sintomatología más comúnmente referida fue la disfagia, para la disrupta los síntomas de reflujo, para la migrada la disfagia y para los pilares abiertos los síntomas de reflujo. (Gráfica 2)

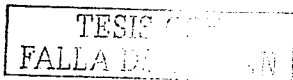
La cirugía más frecuentemente realizada durante la reintervención fue la técnica de Guarner y la gastrectomía subtotal con gastroyeyunoanastomosis en Y de Roux cada uno en 6(20%) sujetos, desmantelamiento y Nissen con cierre de pilares y Belsey

TESIS  
FALLA

Mark IV con 4(13%) casos para cada uno, Nissen y Toupet en 3(10%) pacientes, plastía de pilares en 2(7%)y Collis + Belsey Mark IV o Collis + Nissen con cierre de pilares en 1 paciente cada uno(3%).

El tipo de cirugía de acuerdo a los hallazgos arroja que para los pilares abiertos la cirugía que se realizó con mayor frecuencia fue el afrontamiento de pilares y el desmantelamiento y Nissen con afrontamiento de pilares; para la funduplicatura apretada lo ideal fue la funduplicatura tipo Guarner, lo mismo que para la funduplicatura disrupta; para la funduplicatura migrada la Belsey Mark IV fue la reparación primaria efectuada. La gastrectomía subtotal con gastroeyunoanastomosis en Y de Roux se realizó en 6 pacientes ante la pérdida de la anatomía observada durante el procedimiento. (Tabla 5 y 6).(Gráfica 3)

## DISCUSIÓN



La frecuencia de reintervención de cirugía por reflujo gastroesofágico según Stein, Pointner y Báis (5)(6)(7) es del 3 al 6% en series grandes. En nuestro estudio encontramos una frecuencia del 3.96% en los 30 casos presentados similar a lo descrito en otras series.

En cuanto a la sintomatología presentada para llevar al paciente a una reintervención, nosotros encontramos que los más frecuentes fueron los síntomas de reflujo con 46% , seguidos de disfagia con 36% y en menor proporción la combinación de síntomas y el dolor torácico. No encontramos en nuestra serie pacientes con ausencia de síntomas y alteraciones que ameritaran una reintervención. Estos hallazgos concuerdan con lo comunicado por Stein y Pointner (5) (6) que en 1999 encontraron los síntomas de reflujo recurrente en 44% y pacientes con disfagia en 32.2%.

Tomando en cuenta la causa Stein (5) mencionada en un estudio que la disrupción de la funduplicatura previamente realizada es la principal falla encontrada en estos pacientes. Dallemagne (19) en una publicación del 2003 comenta que la migración de la funduplicatura ocupa este lugar. En nuestro estudio encontramos que la funduplicatura con disrupción de pilares o falta del cierre de estos ( $n=8$  27%), es la primera falla técnica que amerita reintervención, lo que difiere de lo comunicado por los autores mencionados.

El tipo de cirugía a realizar de acuerdo a la falla observada es el tópico que sin duda presenta mayor controversia. La serie reportada en este escrito demuestra que la funduplicatura de Guarner y la gastrectomía subtotal con reconstrucción en Y de Roux de acuerdo con las causas que motivaron la reintervención: disrupción de pilares, funduplicatura disrupta y funduplicatura “apretada” en orden de frecuencia, resultaron los procedimientos más frecuentemente realizados. Nosotros consideramos estas opciones como válidas teniendo en cuenta las condiciones transoperatorias de los pacientes

sometidos. El desmantelamiento de la funduplicatura previa con procedimiento de Nissen y afrontamiento de pilares es una opción recomendable en pacientes con pilares abiertos y funduplicaturas disruptas sin cierre previo de pilares.

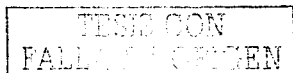


La reconstrucción tipo Belsey Mark IV está recomendada en pacientes con funduplicaturas migradas al tórax en los que la movilización del esófago fue insuficiente o en aquellos casos con esófago corto inadvertido, aunado en algunas ocasiones a gastroplastía de Collis. A este respecto, Báis (7) publicó en el 2000 en Holanda un estudio de 30 pacientes con reparación tipo Belsey Mark IV en los que demostró mejoría notable en 26 de sus pacientes.

La vía de abordaje para pacientes refunduplicados en nuestro estudio fue con cirugía abierta, con buenos resultados. Granderath (14) ha publicado en sus resultados 18 pacientes con reintervención laparoscópica con excelentes resultados con índices de éxito entre el



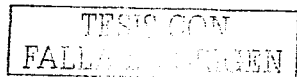
75 y 87%. Ambas vías parecen confiables; en nuestra revisión no se analizó éste parámetro.



Consideramos que la estrategia fundamental para disminuir la morbilidad es que durante el transoperatorio se identifique la anatomía de la región : la funduplicatura previa, pilares diafragmáticos y el grado de movilización del esófago.

La mortalidad de nuestra serie fue de 0% y en la literatura médica mundial se reporta hasta el 3% (13). Sabemos que aunque la muestra es pequeña, representa la realidad de lo que acontece con los pacientes referidos en nuestro centro.

## CONCLUSIONES

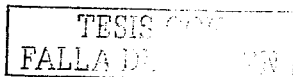


1. La frecuencia de reoperaciones para cirugía antirreflujo en el Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza es de 3.96% similar con lo reportado a nivel mundial.
2. La operación primaria en los pacientes reoperados fue en mayor proporción la funduplicatura tipo Nissen abierta.
3. La sintomatología más frecuentemente observada son datos de reflujo recurrente, seguida por la disfagia y dolor torácico.
4. Los síntomas de reflujo se correlacionaron con disrupción de la funduplicatura o funduplicatura holgada.
5. La disfagia se correlacionó en su mayoría con funduplicaturas apretadas o migradas al tórax.
6. El hallazgo operatorio más frecuentemente observado fue la disrupción de los pilares.
7. La cirugía a realizar en la reintervención dependerá de los hallazgos operatorios y de la identificación de estructuras para reconstituir la función de la unión esófago gástrica.

8. La reoperación por vía abierta tiene los mismos índices de éxito que la cirugía laparoscópica en manos expertas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFÍA



1. Greenfield, L., Mulholland, M. Scientific Principles and Practice; Second Edition Gastroesophageal Reflux Disease; Chapter 18; ; Lippincott-Raven Publishers:2000.
2. Nilsson G. Randomized clinical trial of laparoscopic versus open fundoplication: blind evaluation of recovery and discharge period. Br J Surg. 2000; 87: 873-878.
3. Waring J. Gastroesophageal Reflux Disease. Gastroenterology Clinics; Postfundoplication complications. Prevention and Management 1999; 28(4):1007-1019.
4. Isolaauri J. Long term comparison of antireflux surgery versus conservative therapy for reflux esophagitis. Ann Surg. 1997; 225: 295-9
5. Stein H. Failure of antireflux surgery: causes and management strategies. Am J Surg.1996;171: 36-40.
6. Pointner R. Laparoscopic Refunduplications after failed antirreflux surgery. Am J Surg .1999; 178: 541-4.

7. Bais J. Surgical treatment for recurrent gastroesophageal reflux disease after failed antireflux surgery. Br J Surg; 2000; 87:243-9.
8. Beaux A. Role of fundoplication in patient symptomatology after laparoscopic antireflux surgery. Br J Surg 2001; 88:1117-21.
9. Bessell J. Chronic dysphagia following laparoscopic fundoplication. Br J Surg, 2000; 87, 1341-5.
10. Wills V. Dysphagia after antireflux surgery. Br J Surg, 2001; 88: 486-499.
11. Tew S. Belching and bloating: facts and fantasy after antireflux surgery. Br J Surg; 2000, 87: 477-481.
12. Siewert JR. Das teleskop-Phänomen. Chirurg; 1979;48:640-645.
13. Urschel J. Complications of antireflux surgery. Am J Surg 1993, 165: 68-70.
14. Granderath FA. Is Laparoscopic refundoplication feasible in patients with failed primary open antireflux surgery?; Surg Endosc; 2002; 16(3): 381-5.



15. Watson AJ. Revisional Surgery after failed laparoscopic anterior fundoplication. Surg Endosc, 2002; 16(3): 392-4.
16. Granderath FA. Outcome after laparoscopic antireflux surgery: fundoplication anrefundoplication in de elderly. Chirurg; 2002; 72(9) : 1026-1031.
17. Kamolz T. Healt-related and disease-specific quality of life assesment after laparoscopic repeated fundoplication. Chirurg, 2000; 71(6):707-11.
18. Hunter J. Laparoscopic Fundoplication Failures. Annals of Surgery; 1999;230(4):1007-1019.
19. Dallemagne B. Failed laparoscopic antireflux operations: Lessons from reoperations; Rev Mex Cir Endosc; 2003;4(1):13-8.

ANEXOS

TESIS CON  
FALLA DE REOPERACION

Tabla 1. Procedimiento quirúrgico primario realizado en los 30 pacientes reintervenidos de refunduplicatura en el HECMNR en 10 años

PROCEDIMIENTO PRIMARIO	n=	%
NISSEN ABIERTO	20	67
NISSEN LAPAROSCOPICO	7	23
GUARNER	1	3
HILL	1	3
SE IGNORA	1	3
TOTAL	30	100%

Tabla 2. Sintomatología predominante en los 30 pacientes sometidos a Reoperación por funduplicatura fallida.

SINTOMAS	n=	%
REGURGITACION, PIROSIS	13	43
DISFAGIA	11	37
DOLOR TORACICO	2	7
COMBINACION DE SINTOMAS	4	13
TOTAL	30	100%

**Tabla 3. Hallazgos operatorios en pacientes reintervenidos por funduplicatura fallida en el HECMNR**

HALLAZGOS OPERATORIOS	n=	%
PILARES ABIERTOS	8	27
APRETADA	7	23
DISRUPTA	7	23
MIGRADA	5	17
FLOJA	2	7
NORMAL	1	3
TOTAL	30	100%

**Tabla 4. Correlación entre las manifestaciones clínicas y los hallazgos operatorios en los pacientes sometidos a refunduplicatura.**

	APRETADA	FLOJA	DISRUPTA	MIGARADA	PILARES ABIERTOS	NORMAL	TOTAL
REGURGITACION, PIROSIS		1	5	1	6		13
DISEGIA	6			3	1	1	11
COMBINACION SINTOMAS	1	1	1	1			4
DOLOR TORACICO			1		1		2
TOTAL	7	2	7	5	8	1	30



Tabla 5. Tipo de cirugía realizada en los 30pacientes que se llevaron a operación de revisión por funduplicatura fallida.

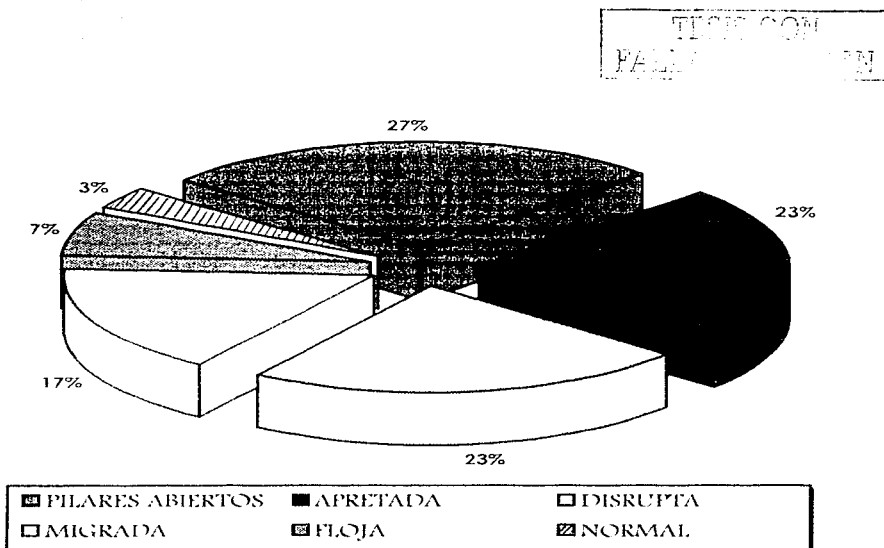
CIRUGIA REALIZADA	n=
GUARNER	6
GASTRECT SUBTOT+GYA	6
NISSEN+PILARES	4
BELSEY MARK IV	4
NISSEN	3
TOUPET	3
PLASTIA PILARES	2
COLLIS+BELSEY MARK IV	1
COLLIS+NISSEN+PILARES	1
TOTAL	30

TESIS CON  
FALLA DE ... EN

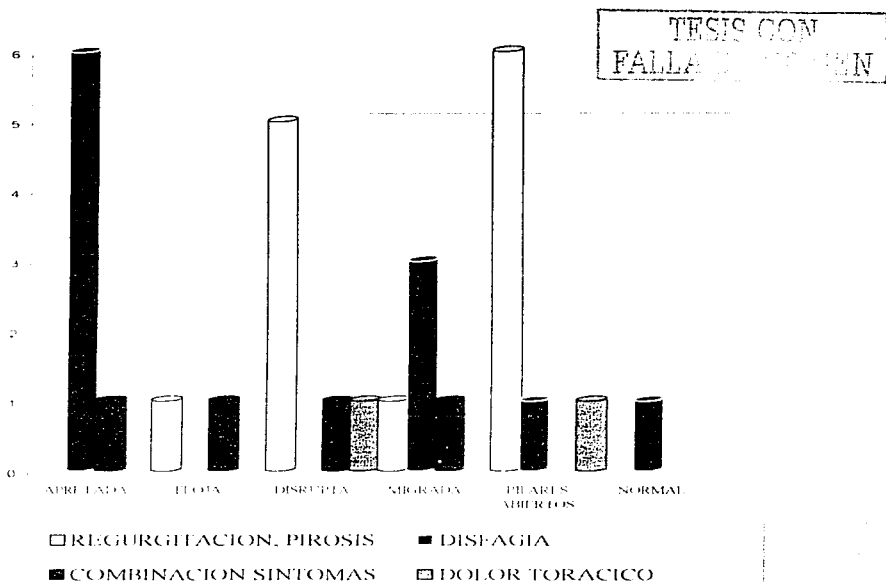
**Tabla 6.** Correlación entre los hallazgos operatorios y el procedimiento quirúrgico llevado a cabo en los 30pacientes del estudio.

	GUARNER	GASTRECTO MIA SUBCUTAL Y ROUX	DESMANT+ NISSEN+ CIERRE PILARES	BELSEY MARK IV	DESM+ NISSEN	TOUPET	CIERRE PILARES	COLLIS+ PILARES + NISSEN	COLLIS+ BELSEY MARK IV
PILARES ABIERTOS	1		2	1			2	1	1
APRETADA	3		1		2	1			
DISRUPTA	2	2	1	1		1			
MIGRADA		1		2	1	1			
FLOJA		2							
NORMAL		1							
TOTAL	6	6	4	4	3	3	2	1	1

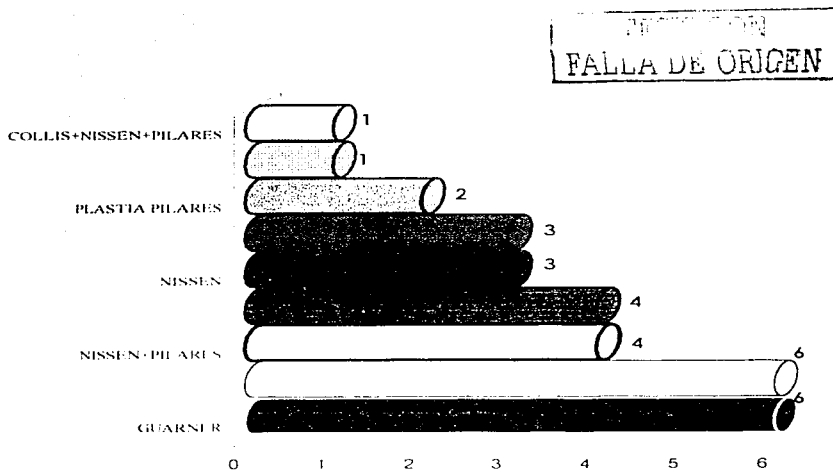
**GRAFICA 1. Hallazgos operatorios en los pacientes sometidos a cirugía de revisión por funduplicatura fallida.**



**GRAFICA 2. Correlación entre los síntomas y los hallazgos operatorios de los pacientes sometidos a cirugía de revisión en el IHECMNR.**



GRAFICA 3. Tipo de Cirugía realizada en los pacientes sometidos a cirugía de revisión en el HECMNR 1992-2002.



ANEXO I

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

AFILIACIÓN: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

FECHA DE 1ª FUNDUPLICATURA: \_\_\_\_\_

FECHA DE 2ª FUNDUPLICATURA : \_\_\_\_\_

TIPO DE FUNDUPLICATURA PRIMARIA: \_\_\_\_\_

INDICACIÓN PARA REFUNDUPLICATURA: \_\_\_\_\_

FECHA DE REFUNDUPLICATURA: \_\_\_\_\_

HALLAZGOS EN LA REFUNDUPLICATURA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TIPO DE REPARACIÓN REALIZADA:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

COMENTARIOS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_