

11209



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL GENERAL "DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO"

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

**"EXPERIENCIA DE CIRUGÍA DE REINTERVENCIÓN DE
ANTIRREFLUJO EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 1998 - 2002"**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL
P R E S E N T A

DRA. LUZ MARIA LOPEZ MARTINEZ

MÉXICO, DF.

2004



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA



DR. ROBERTO CRUZ PONCE

JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

DR. CAYETANO POMPA DE LA ROSA

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE POSTGRADO

DR. FRANCISCO RAMIREZ AMEZCUA

ASESOR DE TESIS

DRA LUZ MARIA LOPEZ MARTINEZ

MEDICO RESIDENTE AUTOR DE TESIS

I. S. S. S. E.
SUBDIRECCIÓN MEDICA
HOSPITAL GENERAL

2

★ 10 OCT. 15 2003 ★

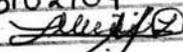
DR DARIO FERNANDEZ F
JEFATURA DE ENSEÑANZA

**"EXPERIENCIA DE CIRUGÍA DE
REINTERVENCIÓN DE ANTIRREFLUJO EN
HOSPITAL DE TERCER NIVEL 1998 - 2002"**

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Luz María López Martínez

FECHA: 13/02/04

FIRMA: 

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
RESUMEN.....	6
ANTECEDENTES HISTORICOS.....	8
METODOLOGÍA.....	11
RESULTADOS.....	12
GRAFICAS.....	13
CUADROS.....	15
CONCLUSIONES.....	16
DISCUSIÓN.....	17
BIBLIOGRAFÍA.....	18

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 los jugos gástricos; para el cual se han propuesto diferentes técnicas para su corrección dadas las complicaciones que pueden desarrollar pasando por diversas etapas como ulceración, perforación y displasias, dentro de los resultados se pueden encontrar evoluciones tórpidas en la recuperación de los pacientes, que depende de varios factores como el estado previo del enfermo, las técnicas usadas, edad y otras

Toda intervención quirúrgica representa un traumatismo para el paciente, sin embargo, cuando está bien indicada, se realiza de acuerdo con las normas técnicas que el caso requiere, en un enfermo en condiciones para tolerar la agresión, en general conduce a la curación. Una nueva operación constituye un nuevo traumatismo, un desequilibrio de los mecanismos homeostáticos del paciente, por lo que aumentan las posibilidades de que se presenten complicaciones y la mortalidad es mayor.

Las publicaciones referentes a las reintervenciones quirúrgicas son escasas, a pesar del problema que representa el diagnóstico y la indicación quirúrgica en un paciente operando con anterioridad, por otra parte la exploración y el manejo de la cavidad abdominal durante una segunda o tercera ocasión tiene muchas dificultades, se requiere un conocimiento profundo de la historia natural de la enfermedad, de su fisiopatología y de sus posibles complicaciones, así como un juicio maduro para seguir el mejor procedimiento para cada caso en particular.

En general, las reintervenciones se relacionan con complicaciones, resultado de la progresión de la patología, hallazgos operatorios, condiciones generales y locales del paciente, y en algunas ocasiones errores en la táctica y técnica operatoria, lo que de manera habitual se conoce como yatrogenia son todas las alteraciones que produce el médico, algunas benéficas, esta yatrogenia negativa quizá se deba a múltiples causas: malas condiciones para la cirugía, accidentes transoperatorios, falta de recursos, instrumental inadecuado, precipitación ó impericia, entre otras cosas.

Este es un tema que generalmente no es informado por pensar que se trata de fallas en la técnica realizada pero en realidad depende de diversos factores que he tratado de informar sobre la evolución de pacientes operados de funduplicatura determinando en que técnicas han surgido menor número de complicaciones.

RESUMEN

López-Martínez LM, Ramírez-Amezcuca FJ, Pompa de la Rosa C. "EXPERIENCIA DE CIRUGÍA DE REINTERVENCIÓN DE ANTIRREFLUJO EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 1998 - 2002" Servicio de Cirugía General Hospital General "Darío Fernández Fierro", I.S.S.S.T.E, México, D.F.

OBJETIVOS

Conocer la experiencia general que se tiene en reintervenciones de cirugía antirreflujo tanto en cirugía abierta como en laparoscópica en el CMN 20 Noviembre, en el período comprendido entre enero de 1998 a enero del 2002, así como complicaciones que se presentan con mayor frecuencia posteriores a este tipo de procedimientos.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un análisis descriptivo, retrospectivo en 9 pacientes que presentaron complicaciones postoperatorias por procedimientos antirreflujo durante el período comprendido entre enero de 1998 a enero de 2002, valorando edad, sexo, tipo de cirugía original, y de reintervención, así como las complicaciones que la condicionaron.

RESULTADOS

Se revisaron un total de 93 expedientes clínicos de pacientes intervenidos quirúrgicamente de procedimientos antirreflujo, buscando intencionalmente el número de los que presentaron complicaciones postquirúrgicas en un lapso promedio 8 a 12 semanas, obteniendo 9 (9.6%) quienes requirieron de reintervención, 3 hombres (33%), entre 45 y 49 años de edad y 6 mujeres (66%) entre 40 y 70 años de edad. Se observó que los síntomas principales se debieron a disfagia en 4 casos (44%), y reflujo gastroesofágico en 5 casos (66%).

Las técnicas utilizadas originalmente fueron 1 funduplicatura tipo Nissen laparoscópico con reintervención Belsey Mark IV abierto, 3 Nissen abiertos reinterviniéndose con 2 André, Toupet abiertos y 1 laparoscópico, 3 André, Toupet laparoscópicos con reintervención de 3 Nissen laparoscópicos, y 2 André Toupet abiertos con cirugía posterior de 1 Nissen laparoscópico y 1 abierto.

DISCUSIÓN

EL éxito de la cirugía antirreflujo requiere adaptar el enfoque quirúrgico a la fisiología de base del paciente. Los malos resultados a menudo son producidos por un procedimiento inadecuado, realizado sin considerar las alteraciones fisiológicas y anatómicas subyacentes. La cirugía de reintervención resolvió en su totalidad la sintomatología persistente en los pacientes incluidos en nuestro estudio.

SUMMARY

López-Martínez IM; Ramírez-Amezcuca FJ; Pompa de la Rosa C. "EXPERIENCE IN ANTIREFLUX SURGERY. IN THE CENTER OF THIRD LEVEL, 1998-2002". Service of General Surgery, Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro", I.S.S.S.T.E, México, D.F.

OBJECTIVES.

To know the general experience that one has in reinterventions of antireflux surgery as much in open surgery as in laparoscopic in the Hospital of third level, in the period understood among January of 1998, and January of 2002, as well as the complications that are presented with later bigger frequency to this type of procedures.

MATERIAL AND METHODS

He/She was carried out a descriptive analysis retrospective in 9 patients that presented postoperative complications for antireflux procedures during the period understood between January of 1998 and January of 2002, valuing age, sex, type of original surgery and of intervention, as well as the complications that conditioned it.

RESULTS

A total of 93 clinical files of patients intervend surgically of antireflux procedures were revised, looking for the number deliberately of those that presented complications postquirurgics in a lapse average 8 to 12 weeks, obtaining 9 (9.6%) who required for intervention, 3 men (33%) between 45 and 49 years of age and 6 women (66%) between 40 and 70 years of age. It was observed that the main symptoms were due to disfagia in 4 cases (44%), and reflux gastroesofagic in 5 cases (66%).

The techniques used originally were 1 funduplicature type Nissen laparoscopic whith reintervention of Belsey-Mark IV open, 3 Nissen opened reintervention with 2 André Toupet laparoscopies with reintervention of 3 Nissen laparoscopies, and 2 André Toupet open with latter surgery of 1 Nissen laparoscopic and 1 open.

DISCUSSION

The success of surgery antireflux, requires to adapt the surgical focus to the physiology of the patients basic. Tha bad been often arc produced by an inadequate procedure, carried out without considering the underlying physiologic and anatomical alterations. The reintervention surgery solved in its entirety the persistet sintomatology in the patients included in our study.

ANTECEDENTES HISTORICOS

La hernia hiatal es una patología frecuente en occidente asociada a reflujo gastroesofágico para la que antiguamente se insistía demasiado en sus aspectos anatómicos sin señalar adecuadamente los aspectos fisiológicos. Desde 1926 con Akerlund y posteriormente con Allison en 1951, se considera que la esofagitis por reflujo gastroesofágico es debida a una válvula deficiente posteriormente a que en 1950. Barret informó el cambio de epitelio cilíndrico en el esófago, por debajo de la unión escamocilíndrica escamosa de pacientes con hernia hiatal y asociación con el adenocarcinoma esofágico del mismo.

Nissen en 1937 y Belsey en 1952, fueron los primeros en usar técnicas antirreflujo; mientras Rapant y Foster informaron sobre lesión a vasos, Jackson y Longabaugh en 1966 señalan la tracción del ligamento coronario izquierdo que puede contener vasos aberrantes puede dificultar su identificación y ligaduras. En Boston Code en 1958, e Ingelfinger en 1954 demuestran la existencia del esfínter esofágico inferior y su presión en base a manometrías. Posteriormente Hill en 1959, propone una gastropexia posterior con el ligamento arcuato.

Conforme ha pasado el tiempo se han desarrollado otras técnicas como mecanismos antirreflujo, pero ninguna de ellas ha demostrado la efectividad total libre de complicaciones o efectos indeseables para todos los estados.

DEFINICIÓN

La hernia hiatal es una protrusión del estómago a la cavidad torácica a través del orificio hiatal del diafragma, excepcionalmente puede arrastrar a otros órganos cuando el hiato es lo suficientemente amplio.

FISIOPATOLOGIA

El reflujo gastroesofágico es probablemente la enfermedad más común del tracto digestivo alto. En occidente su prevalencia es desconocida claramente 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 datos de hernia hiatal evidente.

El hecho de encontrar una insuficiencia sola del esfínter esofágico inferior no representa indicación para operar entre otras cosas porque dependiendo del médico especialista que trate al enfermo dependerá la apreciación del sitio de la unión gastroesofágica

La verdadera importancia consiste en la agresión del jugo gástrico a la mucosa esofágica que no cuenta con una adecuada protección para mantener el material refluído dentro de su luz por lo que el órgano ha establecido mecanismos protectores de tipos anatómicos, constituidos por: el esfínter esofágico inferior, el ligamento o membrana frenoesofágica, el ángulo gastroesofágico de His, el segmento abdominal del esófago, la roseta mucosa y los pilares diafragmáticos, que junto con el vaciamiento esofágico, la salivación y la resistencia de la mucosa esofágica protegen al esófago de las agresiones causadas por los factores agresivos gástricos constituidos por el

ANTECEDENTES HISTORICOS

reflujo duodenogástrico. La composición del material refluido. La cantidad, frecuencia y duración del reflujo, así como el volumen y la cantidad de vaciado gástrico al esófago; constituyéndose la enfermedad por reflujo a un desequilibrio entre los dos sistemas.

Para lo que se han creado dos planes de tratamiento como:

1. Conservador o No operatorio

Iniciado por medidas higiénico-dietéticas, que incluyen corrección de hábitos de vida y alimentación, elevación de la cabecera, no acostarse inmediatamente después de ingerir alimentos, evitar el consumo de alcohol, tabaco, chocolate o grasas abundantes. Eliminar ropa ajustada, reducción de peso., etc.

También se recomienda el tratamiento medicamentoso para conocer los efectos que sobre el esfínter esofágico inferior tienen diversos fármacos y hormonas.

En casos en los que el enfermo continúa con la sintomatología a pesar de haber seguido las medidas terapéuticas indicadas durante un periodo de tiempo de 3 a 6 meses sin atribuirlo a fallas en el manejo a la aparición de complicaciones como: estenosis, acortamiento o trastornos de motilidad esofágica o hasta migración de epitelio columnar al esófago distal. (Esófago de Barrett).

En estos casos o en perforación está indicada la cirugía al igual que en casos en los que persistan los datos de esofagitis por endoscopia o una perforación esofágica que es una complicación sumamente rara pero debe ser tenida presente.

CUADRO CLINICO

Para establecer el diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico, basta solo con la historia clínica del enfermo en ella se establecerán antecedentes como disfagia, dolor retroesternal, pirosis que se agrava con el decúbito, anemia y hasta sangrado de tubo digestivo alto; todos datos de una hernia hiatal por deslizamiento, que sin tratamiento pueden evolucionar a Esófago de Barrett e incluso a adenocarcinoma del esófago. En algunos enfermos los síntomas referidos son más vaqos y se relacionan con pesantez, hipo, saciedad precoz y dolor ocasional muy intenso; en estos enfermos se puede pensar en una hernia hiatal paraesofágica o mixta. En estos casos hay gran peligro de una ruptura y sangrado tanto de esófago como de estómago por un vólvulo gástrico, que dependiendo de la elongación del hiato esofágico puede hacer migrar a otros órganos intraabdominales.

Para conformar o descartar el diagnóstico clínico se han ideado y desarrollado exámenes de laboratorio y gabinete como radiografías "con o sin medios de contraste", endoscopias, biopsias esofágicas, Phmetrias, pruebas de perfusión ácida (Bertein) o hasta la centelleografía esofagagástrica.

ANTECEDENTES HISTORICOS

Clasificación de Visick para las recurrencias quirúrgicas

- I. No requiere tratamiento
- II. Requiere tratamiento sintomático
- III. No requiere tratamiento
- IV. Requiere tratamiento sintomático
- V. El tratamiento quirúrgico de técnicas antirreflujo.

Este consiste en numerosos procedimientos quirúrgicos que tienen por obtivo principal

- a. Reconstruir la anatomía normal al cardias en una posición correcta intraabdominal con esto logran la remisión total de los síntomas y de las complicaciones. Reincorporan al enfermo a sus actividades cotidianas sin medicamentos ni dietas y se espera que el mecanismo antirreflujo no impida procesos fisiológicos como la deglución, vómito o eructo.
- b. Reforzar los mecanismos valvulares antirreflujo o
- c. Fijar al cardias en una posición correcta intraabdominal con esto logran la remisión total de los síntomas y de las complicaciones. Reincorporan al enfermo a sus actividades cotidianas sin medicamentos ni dietas y se espera que el mecanismo antirreflujo no impida procesos fisiológicos como la deglución, vómito o eructo

Muchos cirujanos usan concomitantemente otras técnicas para disminuir simultáneamente otras patologías asociadas como colecistitis litiásica, úlceras duodenales y/o gástricas pero estos generalmente aumentan la morbilidad de los pacientes y el buen resultado en estos enfermos como en todos para el cirujano dependen de factores como la selección apropiada de pacientes, realizar meticulosamente la técnica propuesta y el resultado postoperatorio inmediato y un seguimiento adecuado postoperatorio a través de controles clínicos en consultorio y paraclínicos como manometría, endoscopia y radiografías. A pesar de los resultados generalmente buenos de las operaciones modernas contra el reflujo, pueden producirse fracasos. Se dispone de grandes series con vigilancia cuidadosa a largo plazo de sus técnicas respectivas, y demuestran patrones de fracaso. El resultado insatisfactorio puede atribuirse a errores en el diagnóstico, ejecución técnica efectos adversos quirúrgicos ó eventos posoperatorios. La compilación de datos de resultados sobre reoperaciones para estos fracasos quirúrgicos ha llevado a una actitud apropiadamente positiva hacia este grupo desafortunado de pacientes, cuya mayoría se beneficia de procedimientos curativos bien planeados y propiamente ejecutados

ANTECEDENTES HISTORICOS

TÉCNICAS QUIRURGICAS

Existe numerosas técnicas propuestas para el tratamiento del reflujo esófago-gástrico como son:

Pexia con el ligamento arcuato (Hill), Pexia con el ligamento redondo (Narbona), con el ángulo de Hiss (Iortat Jacob), Nissen de 360° posterior, hemifunduplicatura de 180° anterior y posterior o de 270° (Belsey-Mark IV), y otras que han sido desarrolladas posteriormente.

Se revisaron expedientes clínicos de todos los pacientes con reintervención por cirugía antirreflujo en el periodo de enero de 1998 a enero del 2002, manejados en el CMN 20 Noviembre mediante seguimiento del postoperatorio en los casos que ameriten cirugía de urgencia programada.

Se utilizaron como instrumentos para la recolección de datos una cédula de recolección con parámetros de:

Sexo, edad, tipo de procedimiento, periodo entre una y otra cirugía. Sintomatología presentada, manometría, tele de tórax, trago de material hidrosoluble, Serie esófago gastroduodenal entre otros.

Para conocer las complicaciones más frecuentes que son causa de reintervención posterior a cirugía antirreflujo.

Análisis de datos:

Se manejan con porcentajes ya que es un estudio independiente y descriptivo.

Métodos matemáticos para análisis de los datos:
Se realizará mediante porcentajes.

RESULTADOS

Se realizó el estudio de acuerdo a la metodología expuesta, obteniendo la información de los pacientes seleccionados.

Se realiza la revisión de expedientes clínicos de los pacientes sometidos a procedimiento antirreflujo abierto y laparoscópico en el periodo comprendido entre enero de 1998 a enero de 2002.

Se reintervinieron 54 mujeres y 29 hombres, dando un total de 93 pacientes.

Se buscó intencionadamente el número de pacientes que presentaron complicaciones postquirúrgicas en un lapso promedio de 8 a 12 semanas siendo 9 (9.6%), quienes requirieron de reintervención, 3 hombres (33%) entre 45 y 49 años de edad y 6 mujeres (66%) entre 40 y 70 años de edad .

Se observó que los síntomas principales se debieron a disfagia en 4 casos (44%), y reflujo gastroesofágico en 5 casos (66%)

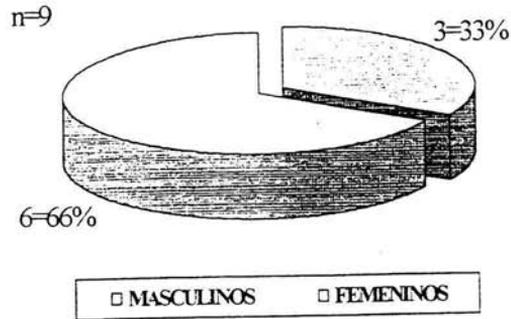
Las técnicas utilizadas originalmente fueron 1 funduplicatura tipo Nissen laparoscópico con reintervención de Belsey Mark IV abierto, 3 Nissen abiertos reinterviniéndose con 2 André Toupet abiertos y un laparoscópico, 3 André Toupet abiertos con cirugía posterior de 1 Nissen laparoscópico y 1 abierto.

Hasta el momento no se han reportado en estos 9 casos datos de recidiva de sintomatología

GRAFICAS

PACIENTES REINTERVENIDOS DE CIRUGÍA ANTIRREFLUJO POR SEXO

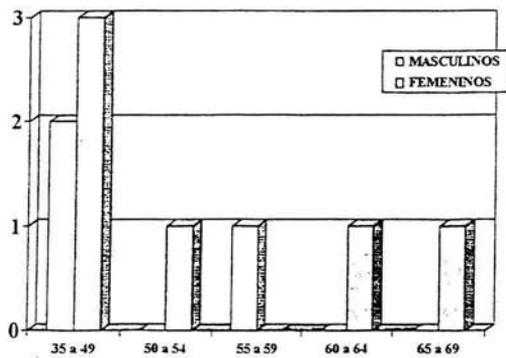
DISTRIBUCION POR SEXO



GRAFICA 1

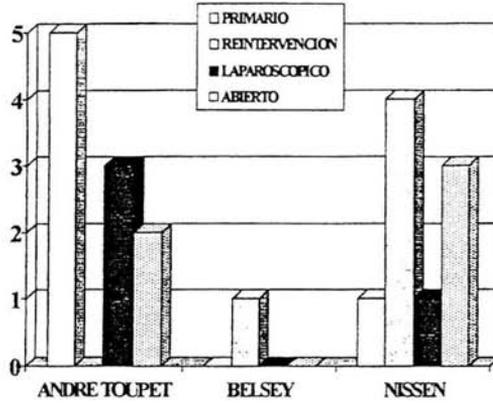
PACIENTES REINTERVENIDOS DE CIRUGÍA ANTIRREFLUJO

DISTRIBUCION POR SEXO Y GRUPO DE EDAD



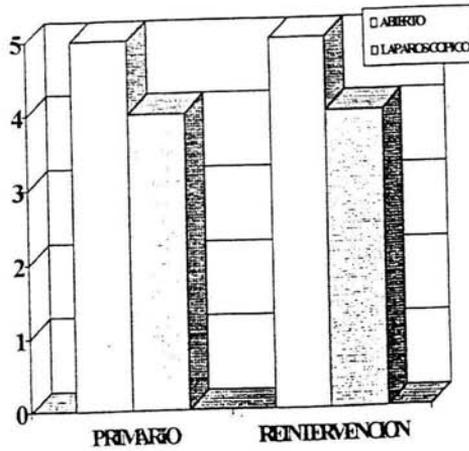
GRAFICA 2

TECNICAS QUIRURGICAS EMPLEADAS



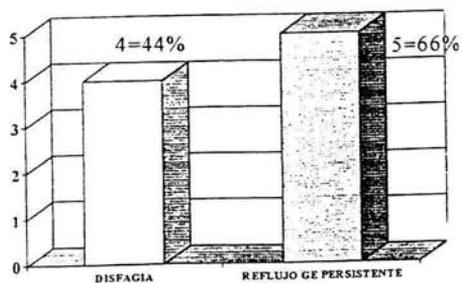
GRAFICA 3

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS EMPLEADOS



GRAFICA 4

CAUSAS DE REINTERVENCION



GRAFICA 5

TÉCNICAS QUIRÚRGICAS EMPLEADAS ORIGINALMENTE Y SUS REINTERVENCIONES

ORIGINAL	REINTERVENCION	NUMERO	PORCIENTO	RECIDIVA
NISSEN LAPAROSCOPICO	BELSEY	1	11	0
NISSEN ABIERTO	TOUPET ABIERTO	2	22	0
NISSEN ABIERTO	TOUPET LAPAROSCOPICO	1	11	0
TOUPET LAPAROSCOPICO	NISSEN LAPAROSCOPICO	3	33	0
TOUPET ABIERTO	NISSEN ABIERTO	1	11	0
TOUPET ABIERTO	NISSEN LAPAROSCOPICO	1	11	0

Falta página

N° 14

CONCLUSIONES

La cirugía de reflujo es diferente de la destinada a extirpar un órgano cuya función no es importante, ya que será eliminado por la extirpación. En cambio, la cirugía antirreflujo está destinada a mejorar la funcionalidad de un órgano que permanecerá en el paciente (es decir, a proporcionar alivio completo y permanente de todos los síntomas y complicaciones del reflujo gastroesofágico secundario a un cardias incompetente). El éxito de la cirugía para tratar la enfermedad requiere adaptar el enfoque quirúrgico a la fisiología de base del paciente. Los malos resultados a menudo son producidos por un procedimiento inadecuado, realizado sin considerar las alteraciones fisiológicas y anatómicas subyacentes. Las opciones incluyen la funduplicatura Nissen a cielo abierto y laparoscópica, los abordajes transtorácicos, las funduplicaturas parciales como la operación de Belsey Mark IV y los procedimientos de alargamiento esofágico.

En el caso del esófago comentaremos que posee paredes delgadas, deficiente circulación e irrigación, por lo que su sutura y anastomosis tienen más posibilidades de fistulizarse; por su localización profunda en el mediastino es de difícil abordaje y la fuga de su contenido da lugar a mediastinitis, complicación grave con elevada morbilidad y mortalidad.

La persistencia o recidiva de los síntomas después de algún procedimiento antirreflujo, puede ser motivo de una reintervención. Los pacientes candidatos a cirugía, antirreflujo deben ser sometidos a pruebas fisiológicas y que la elección del procedimiento quirúrgico debe ser realizada de acuerdo con los resultados de esas pruebas.

Con frecuencia la disfagia postoperatoria por edema cede en seis semanas, su persistencia quizá se deba a estenosis cicatrizal, alteraciones de la motilidad, funduplicatura o cierre de los pilares demasiado estrechos, las dilataciones pueden ayudar a disminuir la disfagia, su persistencia es indicación de reintervención quirúrgica.

La mayoría de los pacientes sometidos a técnicas quirúrgicas modernas contra el reflujo, obtienen un alivio sustancial a largo plazo de sus síntomas. Cerca de 10 a 15% presentan problemas persistentes o recurrentes, algunos lo suficientemente intensos para justificar cirugía de repetición para su corrección. Con un repaso cuidadoso de los síntomas, estudio con bario, endoscopia, manometría, se hace evidente el mecanismo del fracaso y puede procederse a practicar el tratamiento quirúrgico curativo. Los resultados obtenidos en la reoperación no son tan buenos como los del procedimiento primario, lo cual recalca la necesidad de establecer un diagnóstico y elección de cirugía apropiados, y la ejecución confiable de la técnica durante el tratamiento inicial.

DISCUSIÓN

El reflujo gastroesofágico es una enfermedad común que representa alrededor del 75% de la patología esofágica. Actualmente es reconocida como una enfermedad crónica que requiere un tratamiento eficaz a largo plazo, y constituye la única terapia eficaz capaz de modificar la evolución natural de la esofagitis por reflujo recidivante.

Sin embargo se han presentado complicaciones postoperatorias importantes en los procedimientos antirreflujo. Estos malos resultados son producidos por varios factores incluyendo procedimientos inadecuados así como alteraciones fisiológicas y anatómicas subsecuentes.

Los principales síntomas que se presentan son disfagia y reflujo gastroesofágico persistente, que en nuestro estudio representaron el 44% y 66% respectivamente y de no resolverse después de seis semanas, nos indican la necesidad de reintervención para su corrección con ayuda diagnóstica de estudios funcionales (monitoreo del pH esofágico de 24 hrs y manometría esofágica), y radiológicos.

Considerando las características funcionales y anatómicas, se ha observado que esta patología se presenta con mayor predominio en el sexo femenino con respecto al masculino en personas de la cuarta a la séptima décadas de la vida la cual representamos con porcentajes de 66% en cuanto a las mujeres y 33% para los hombres.

Concluimos que la incidencia de necesidad de reintervención quirúrgica se relaciona con un 9.6% que representa nuestra muestra de 9 casos y el 12 % publicado en la bibliografía. De acuerdo a las condiciones anatómicas y funcionales se decidirá el tipo de procedimiento quirúrgico de resolución.

Es importante mencionar que los pacientes reintervenidos en nuestra institución no han manifestado recidiva de sintomatología hasta el momento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dunnington GL. De Meester TR. Et all. Outcome effect of adherence to operative principles of Nissen funduplication by multiple surgeons. Am. J. Surg. 1993, 166:654-659.
2. Schuauer, Phillip. Et all. Mecanismos of gastric and Esophageal perforations during laparoscopic Nissen Funduplication. Ann Surgery 223(1) January 1996,43-52.
3. James B.Y. So. Et all Outcomes of atypical symptoms attributed to gastroesophageal reflux treated by laparoscopic funduplication surgery 124 (1) July 1998.
4. J. Patrick, et all. Postfunduplications complications. Gastroenterology clinics 28(4) December 1999. 1007-2001.
5. Ma. Alejandra Morinelli, Et all. Disfagia posterior a la funduplicatura tipo Nissen en el manejo gastroesofágico. Cirujano General 19 (2), Abril-Junio 1997. 124-129.
6. Urschel JD. Complicatuins of antirreflux surgery. A, J. Surg. 1993,166:654-659.
7. Skinner DB. Complications of antirreflux surgery for gastroesophageal reflux. World Surg 1997, 1:484-492
8. Stein HJ. Feussener H. Et all. Failure of antireflux surgery. Causes and management strategies Am. J. Surg 1996. 171:136-40.
9. Maingot Operaciones abdominales. Ed. Panamericana T-1 Ed 10ª. 2000.
10. Nyhus: Master of Surgery, Ed. Panamericana T-1 Ed. 4ta. 2001.

BIBLIOGRAFÍA

11. Nissen R. Reminiscences: Reflux esophagitis and hiatal hernia. *Rev: surgery* 27:307 1997
12. Gutiérrez S. C. *Fisiopatología quirúrgica del aparato digestivo*. Ed. Manual Moderno. Méx. D.F. 1999
13. Allison P.R. Reflux esophagitis, sliding hiatus hernia and anatomy of repair, *Surg* 92:419, 2001
14. Muskovitz M, Feeden R, Min T, Jansma D, Gavalier J, Large hiatal hernias, Anemia and linear gastric erosion studies of etiology and medical therapy, *Rev. Am J Gastroenterol.* 1999 May, 87 (5) p 622-26.
15. Beremguer J; *Gastroenterología y hepatología* Ed. Doyma 1996. Barcelona, España.
16. Schwartz, Shire, Spencer, Storer; *principios de cirugía*; Ed. Mac Graw Ed. , T1-1997
17. Esophagogastric ring, Why and when see it, and what is implied a radiologic-pathologic correlation. *SoW, in Med, J.* 1992. Oct 946-49
18. Bozynnisky E, M Pathology and diagnosis of gastroesophageal reflux disease. *Rev: Am J. Hosp Pharma* 1995, Abril 50(1) p-54-58)
19. Ott D.J, Hodge R, G, Chen M, Y, Wuwu Gelfand D, W Achalasia associated with hiatal hernia, prevalence and potential implications. *Rev Abdom Imaging* 1999 (2= 87-90.
20. 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 esophagus, *Rev: Gut* 2001, Jun 37 No. 7 p 727-31.
21. Cohen S, Y Harris D.L; The lower esophageal sphincter, *Rev: Gastroenterology*, 53 2002.