

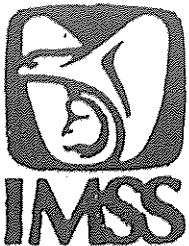
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS
DIRECCION REGIONAL SIGLO XXI
DELEGACION 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
"DR. BERNARDO SEPULVEDA GUTIERREZ"
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

EVALUACION PRE Y POSTOPERATORIA DE
PACIENTES CON REFLUJO GASTROESOFAGICO
PATOLOGICO

T E S I S
PARA OBTENER EL GRADO DE:
E S P E C I A L I S T A E N
C I R U G I A G E N E R A L
P R E S E N T A :
H O R A C I O M O N T A Ñ E Z R A M I R E Z



ASESOR: DR. PATRICIO SANCHEZ FERNANDEZ

MEXICO, D. F.

MARZO 2001



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).

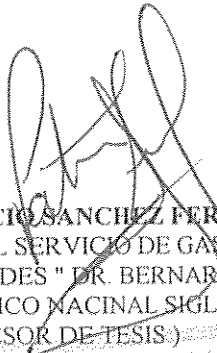
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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



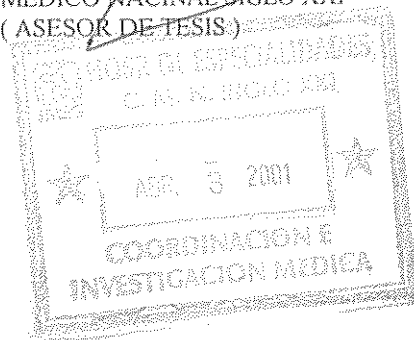
DOCTOR NIELS H. WACHER RODARTE
JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES " DR. BERNARDO SEPULVEDA G "
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI



DOCTOR ROBERTO BLANCO BENAVIDES
JEFE DE SERVICIO GASTROCIRUGIA Y TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO
DE ESPECIALIZACION EN CIRUGIA GENERAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES " DR. BERNARDO SEPULVEDA G "
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI



DOCTOR PATRICIO SANCHEZ FERNANDEZ
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE GASTROCIRUGIA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES " DR. BERNARDO SEPULVEDA G "
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
(ASESOR DE TESIS)



DEDICATORIA

A ti Natalie :

" La voluntad de los hombres nos hace ser fuertes ante la vida ,
la tierra es nuestra y como nuestra somos responsables de quienes la habitan ,
la lucha es seguir en pie por nuestras metas y objetivos .

Como ? Nos preguntamos...

La respuesta es: ejerciendo con
Voluntad, Equidad, Etica y Servicio
Nuestros conocimientos a diario, sea cual sea la mision encomendada ".

INDICE

RESUMEN	4
ANTECEDENTES	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
HIPÓTESIS	8
MATERIAL Y METODOS	9
ANALISIS ESTADÍSTICO	10
DISCUSIÓN	13
CONCLUSIÓN	15
RECURSOS DEL ESTUDIO	15
HOJA RECOLECTORA DE DATOS	16
BIBLIOGRAFÍA	21

RESUMEN:

EVALUACIÓN PRE Y POSTOPERATORIA DE PACIENTES CON REFLUJO GASTROESOFÁGICO PATOLÓGICO

ANTECEDENTES: El reflujo gastroesofágico implica problemas adicionales según si el paciente se encuentra en el pre-operatorio o en el post-operatorio. En todos los casos, la consideración más importante es la especificidad del diagnóstico. Los estudios preoperatorios como la manometría, endoscopia, monitoreo esofágico de pH en 24 hrs. Comprueban el diagnóstico de reflujo gastroesofágico y descartan otros diagnósticos diferenciales. Así mismo el seguimiento postoperatorio es importante para determinar en forma objetiva los resultados de la cirugía. La cura sintomática no es lo mismo que un buen resultado.

OBJETIVO: Valorar los estudios preoperatorios y post-operatorios que se solicitan en los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico y su comparación con los resultados clínicos de los pacientes sometidos a cirugía antireflujo en el servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades de C.M.N. SXXI.

TIPO DE ESTUDIO: Prospectivo, observacional y comparativo.

PACIENTES Y METODOS: Pacientes operados en el servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades de C.M.N. SXXI por reflujo gastroesofágico en el período de 1 año comprendido de Agosto 1999 a Agosto 2000. Utilizando para su análisis estadístico la presentación de valores en porcentajes y el análisis de variables con el programa de SPSS para windows.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Se estudiaron 45 pacientes siendo el 62.2% hombres y 37.7% mujeres. Los estudios preoperatorios solicitados fueron S.E.G.D. en 40%; endoscopia en el 93% manometría en el 94%; pmetría en el 7%. En el postoperatorio se realizaron: S.E.G.D. en el 8.9%; endoscopia en el 6%; manometría en 1 paciente; pmetría en sólo el 6.6%. La sintomatología valorada en la clasificación de Visick preoperatorio y postoperatorio demuestra que de un 66.6% de pacientes con gdo III y IV, posterior a la cirugía mejoran a un Visick I en el 75% de los casos. Pacientes mal estudiados antes de la cirugía dan malos resultados en el control de reflujo gastroesofágico, al igual que pacientes con gdos severos de Visick preoperatorio. No se logró encontrar significado estadístico entre los estudios realizados y la respuesta a la cirugía.

CONCLUSIONES: Los estudios preoperatorios como lo son la manometría la endoscopia, el monitoreo de pH en esófago, proporcionan datos objetivos para una mejor evaluación y planeación quirúrgica. A pesar de que el monitoreo de pH esofágico se considera el estándar de oro para la determinación de ácido en el esófago, esta prueba se realiza muy poco en nuestros pacientes. Lo mismo para diagnóstico preoperatorio como para control post-operatorio. Los estudios postoperatorios que se realizan en nuestro servicio están justificados en los pacientes con persistencia de síntomas o en complicaciones como el esófago de Barrett. La identificación

preoperatoria de otros trastornos funcionales permite un mejor resultado de la cirugía antireflujo.

ANTECEDENTES:

El reflujo gastroesofágico es la enfermedad más común del esófago y se puede definir como los síntomas y el tejido dañado que resulta de un reflujo del contenido gástrico anormal hacia el esófago (1). Allison fue el primero en describir a la hernia hiatal por deslizamiento como un desorden fisiológico de un tránsito equivocado en el ámbito de la unión gastroesofágica, el culpable anatómico era una mala válvula, y los síntomas de ardor eran lamentos de un esófago bañado en fermentos gástricos (2).

Desde la perspectiva de los cirujanos, el reflujo gastroesofágico implica problemas adicionales según si el paciente se encuentra en el preoperatorio o en el postoperatorio. En todos los casos la consideración más importante es la especificidad del diagnóstico (3).

Se estima que aproximadamente un 40% de la población estadounidense sufre de pirosis al menos una vez al mes, 14% lo sufren semanalmente y 7% diariamente. El reflujo gastroesofágico puede ser tratado tanto médicamente como quirúrgicamente. La terapia médica se basa en neutralizar el ácido gástrico con antiácidos, o por bloqueo de la secreción ácida por medio de bloqueadores H₂ ó inhibidores de la bomba de protones. Agentes procinéticos pueden ser usados en unión a éstos para ayudar en la clarificación ácida del esófago y estómago. La cirugía se enfoca a crear una barrera contra el reflujo del contenido gástrico a nivel del esfínter esofágico inferior. La cirugía laparoscópica ofrece la posibilidad de realizar este procedimiento con menor morbilidad y mortalidad que cuando se realiza en forma abierta y tiene una alta aceptación por los pacientes (1).

DeMeester ha demostrado que hay múltiples razones para el reflujo gastroesofágico, como son: 1) Anormalidades en el esfínter esofágico inferior; 2) disfuncionalidad en la peristálsis del cuerpo esofágico; 3) anormalidades en la función gástrica, siendo la primera razón la causa más común de reflujo, por un incremento en la frecuencia de la relajación transitoria del esfínter esofágico inferior (4).

Se ha demostrado mayor incremento de reflujo ácido en sujetos sanos masculinos que en femeninos. Los síntomas de reflujo gastroesofágico intermitente puede ser considerados como un fenómeno fisiológico, influenciado por las actividades diarias como la posición corporal y la ingesta de ciertos alimentos. Además que no se puede excluir el reflujo gastroesofágico sólo por la evaluación de los síntomas por lo que se sugiere la realización de estudios complementarios como la endoscopia (5).

Actualmente no hay una indicación firme para la erradicación del *H. pylori*, aún cuando el reflujo puede deteriorarse después de la erradicación del *H. pylori*, por lo que los argumentos en contra de su erradicación en pacientes con reflujo gastroesofágico han ganado importancia (6).

El reflujo gastroesofágico puede presentarse bajo una constelación de síntomas, el más común es la pirosis presente en un 50% de los pacientes con esofagitis, el segundo síntoma más común es la regurgitación. Otros menos comunes son la disfagia, que se relaciona con pacientes con severa esofagitis o esófago de Barrett; y la salivación excesiva, estos son considerados como síntomas típicos.

Otros síntomas atípicos son el dolor retroesternal, asma, tos crónica, laringitis posterior y ronquera (1). Se calcula que de un 10% a un 20% de los pacientes con reflujo gastroesofágico tienen síntomas respiratorios asociados. Del 50 al 75% de los pacientes con síntomas respiratorios carecen de sintomatología típica del reflujo (7).

La valoración del paciente con reflujo gastroesofágico debe incluir una historia clínica detallada, la serie esofagogastroduodenal identifica a las personas que requieren otros tratamientos específicos y además demuestra la presencia de hernia hiatal. La endoscopia es indispensable en la evaluación del esófago, su objetivo es comprobar la presencia de afección de la mucosa y de metaplasia del epitelio esofágico y con una exploración más extensa, provee información de que el estómago, píloro y duodeno no son causa del problema. La manometría tiene como principal valor el excluir la presencia de un trastorno de motilidad y es de ayuda al cirujano para decidir el tipo de barrera antireflujo a construir (2). La medición de pH en 24 horas es utilizada para medir la frecuencia y la duración de los episodios de reflujo (1).

La pHmetría de 24 horas se considera el estándar de oro para evaluar la tos crónica asociada a reflujo gastroesofágico con valor predictivo positivo que va del 89 al 100% y predictivo negativo del 100% (7).

Los diagnósticos diferenciales deben incluir a la acalasia, espasmo difuso, estenosis esofágica, y esclerosis sistémica (1).

La historia natural de la enfermedad indica que de los pacientes con una esofagitis leve, un 23% progresan a formas más severas, 31% mejoran y 46% curan espontáneamente. En aquellos pacientes que reciben terapia médica intermitente, con esofagitis en su endoscopia inicial, la enfermedad se mantiene de por vida en más del 50%, y en el 25% de ellos el reflujo progresa. En el 80% de los pacientes los síntomas regresan después de 6 a 8 meses de cesar el tratamiento médico(1).

La cirugía antireflujo es un tratamiento seguro y eficaz en pacientes seleccionados. Los individuos deben seleccionarse de manera cuidadosa antes de la cirugía de tal manera que se lleve a cabo la operación apropiada en enfermos que se puede predecir los beneficios del procedimiento quirúrgico (3).

Las indicaciones para cirugía son: 1) pacientes que no responden a tratamiento médico, 2) pacientes que requieren incremento en su dosis de medicamento con enfermedad progresiva, 3) pacientes jóvenes con reflujo crónico, 4) pacientes que no desean una terapia médica a largo plazo por el costo excesivo, 5) pacientes renuentes a tratamiento médico, 6) pacientes con esofagitis grado III y IV, con riesgo de desarrollar complicaciones, 7) pacientes con hernia hiatal grande que son refractarios a tratamiento médico; y 8) pacientes con síntomas respiratorios (1).

La evaluación de los pacientes con pirosis severa incluye endoscopia superior, un estudio con medio de contraste del tracto gastrointestinal superior, manometría esofágica, monitoreo esofágico de pH en 24 horas. Tales estudios comprueban el diagnóstico de reflujo gastroesofágico y descartan otros diagnósticos diferenciales. El abordaje laparoscópico incluye la funduplicación de Nissen, la funduplicación de Toupet, la gastroplastía de Collis con funduplicación. Los resultados de éstas operaciones señalan su seguridad y efectividad, aunque son más difíciles de ejecutar requieren una práctica significativa para que el cirujano llegue a dominarlos, cada día es más evidente que el abordaje laparoscópico es el más seleccionado para realizar cirugía funcional de la unión gastroesofágica (8).

En un estudio comparativo, prospectivo entre funduplicación tipo Nissen y funduplicación tipo Toupet, con división de los vasos cortos, se encontró una eficacia terapéutica para la esofagitis por reflujo del más del 90%. En este mismo estudio los autores no encontraron una clara ventaja entre una funduplicación parcial sobre una total (9).

Hay tres factores que determinan el éxito de un procedimiento antireflujo: a) indicación quirúrgica, b) elección de la cirugía apropiada, c) calidad de la cirugía. Una buena respuesta a un tratamiento médico está asociada con una buena respuesta al tratamiento quirúrgico. La elección de un cirujano con un sólido entendimiento de los principios de la cirugía antireflujo es uno de los mejores factores de predicción de un buen resultado quirúrgico(1).

La falla de la funduplicación ocurre en un 7% de los pacientes sometidos a cirugía laparoscópica, que ocurre más comúnmente durante la curva de aprendizaje, esta falla se asocia con deficiencia en la técnica, hernias hiales grandes y vómito postoperatorio temprano. Una movilización completa esofágica y un meticuloso cierre de la crura diafragmática pueden disminuir estas fallas (10).

Actualmente existe evidencia suficiente para la reevaluación de las indicaciones quirúrgicas, se ha demostrado que cuando el procedimiento es realizado en forma apropiada, los efectos colaterales de la cirugía parecen ser menores y mejor tolerados por los pacientes (11).

En el seguimiento postoperatorio es importante preguntar a los pacientes acerca de los problemas para comer, capacidad para eructar y vomitar, así como las aparición de nuevos problemas; dolor, flatulencia, diarrea o disfagia. La cura del reflujo no es lo mismo que un buen resultado, por lo que los resultados deben ser definidos por estudios radiológicos, endoscópicos y manometría postoperatoria. El costo es el principal inconveniente de realizar excesivas pruebas en los pacientes. Como Belsey hizo notar "un cliente satisfecho", es la mejor indicación de un buen resultado (3).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

En la enfermedad del reflujo gastroesofágico debe existir la necesidad de una valoración completa de los pacientes antes de cualquier intervención quirúrgica, a pesar de la falta de estudios clínicos prospectivos que demuestren este punto de manera incontrovertida y a pesar de las anécdotas individuales sobre la importancia de pruebas diagnósticas para establecer un diagnóstico preciso, la mayoría de los pacientes con problemas de reflujo no tienen datos raros o inesperados y responden a los tratamientos convencionales.

HIPOTESIS:

Las pruebas diagnósticas modernas que definen aspectos increíblemente específicos de la función fisiológica en la unión gastroesofágica y cerca de ella, son cada vez más caras desde de las perspectivas del personal y el equipo. El médico que solicita un conjunto completo de estudios tiene una gran probabilidad de llegar al diagnóstico correcto, en riesgo de que lo consideren un derrochador por la red de prestadores de servicios; sobre todo en los casos no complicados, en los que las pruebas son previsiblemente anormales o no descubren un padecimiento adicional. Como ideal todos los médicos y sistemas de la salud deben contar con algoritmos para el diagnóstico y tratamiento de este problema y basar la elección de las pruebas necesarias en expectativas realistas de éxito. Los estudios preoperatorios en forma adecuada de la enfermedad ayudan a diseñar una operación más segura y los estudios postoperatorios son indicadores reales de los resultados.

OBJETIVOS:

Realizar un estudio prospectivo y observacional durante un año del reflujo gastroesofágico en cuarenta y cinco pacientes del Servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI y valorar los estudios que se solicitan en la evaluación preoperatoria y postoperatoria de estos pacientes.

MATERIALES, PACIENTES Y METODOS:

1. *Diseño del Estudio.*- Se realizará un estudio prospectivo, transversal, comparativo y observacional.

2. *Universo de Trabajo.*- Pacientes tratados por reflujo gastroesofágico en el Servicio de Gastrocirugía del Hospital Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI.

3. *Descripción de Variables.*-

a).- Según metodología:

- Variable independiente

- Evaluación de pacientes con escala de Visick

- Variabes dependientes

- Estudios pre y post operatorios realizados a los pacientes operados de funduplicatura por reflujo gastroesofagico.

4 *Selección de la muestra.*-

a).- Tamaño de la muestra: se tomarán cuarenta y cinco pacientes durante un año y con los primeros diez se calculará el tamaño de la muestra, no hay antecedentes de las comparaciones sugeridas en este estudio..

b).- Criterios de selección

Criterios de inclusión

Diagnóstico de reflujo gastroesofágico.
Pacientes programados a cirugía antireflujo gastroesofágico.

Criterios de no inclusión

Mujeres embarazadas.
Menores de catorce años.

Criterios de exclusión

Pacientes con diagnóstico y sintomatología de reflujo gastroesofágico operados fuera de la Unidad.

Procedimientos.- Se localizará a cada uno de los candidatos en la Consulta Externa y se llenará hoja de protocolo de evaluación preoperatoria al momento de su internamiento para cirugía programada. Se citará posteriormente en la Consulta Externa para determinar los resultados de la cirugía.

El análisis estadístico se realizó por presentación de valores en porcentajes y promedios, utilizando para el análisis de datos la prueba de Mann-Whitney U, t student, usando el programa SPSS para windows (versión 6.0), con una significancia estadística de $P < 0.05$.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

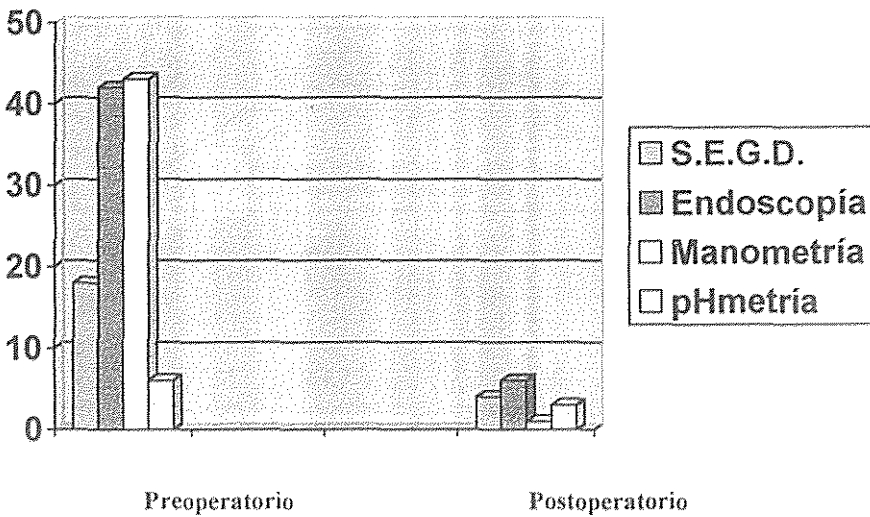
Se estudiaron 45 pacientes siendo 28 hombres (62.2%) y 17 mujeres (37.7%). A 18 (40%) pacientes se les realizó en forma preoperatoria Serie esófago-gastro-duodenal resultando todos con reporte de hernia hiatal. Y en forma postquirúrgica se realizó el mismo estudio a sólo 4 pacientes (8.9%) en quienes la principal molestia era la disfagia. Reportándose cambios post- funduplicatura.

A 42 pacientes se les realizó endoscopia preoperatoria con resultado de 14.2% normal, 7.2% con esofagitis grado I (Savary Miller), 38% con esofagitis grado II, 28.5% con esofagitis grado III, y se detectó un 12.1% de pacientes con esófago de Barrett. En forma postoperatoria se realizó estudio endoscópico a 6 (13.3%) pacientes, de los cuales 5 fueron por control de esófago de Barrett, y en un solo caso fue como control postoperatorio.

En 43 pacientes (94%) se les realizó manometría esofágica preoperatoria. Todos los pacientes resultaron con una hipotonía del esfínter esofágico inferior menor de 10 mmhg. Sólo en un caso se realizó la manometría esofágica en forma postoperatoria con diagnóstico de esófago en casacanueces.

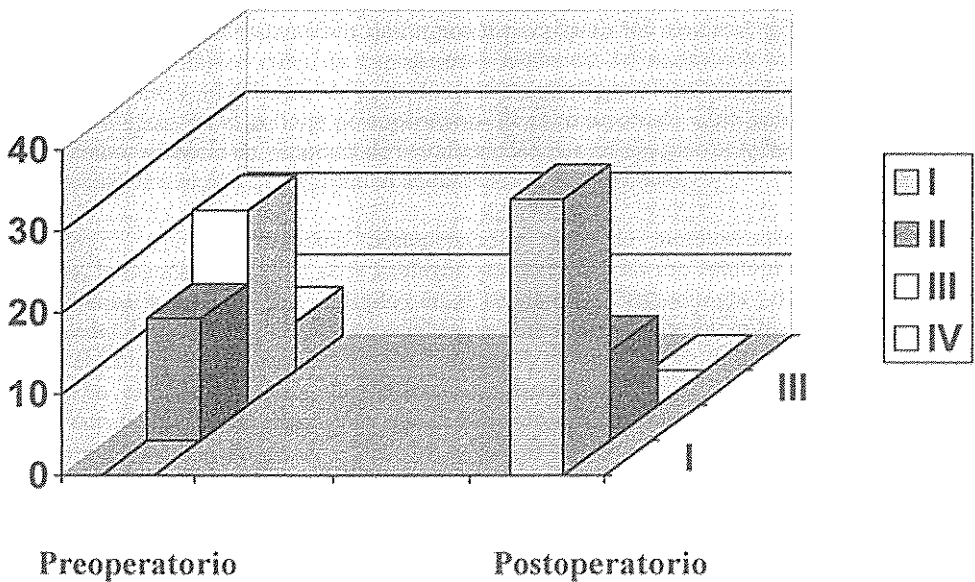
La pHmetría sólo se realizó en 6 pacientes (7%) con resultado positivo a exposición de jugo gástrico de acuerdo a los valores de Johnsson-DeMeester. En el postoperatorio se les realizó sólo a 3 pacientes resultando 2 pacientes con valores negativos para la exposición de jugo gástrico (Johnsson-DeMeester) y 1 paciente con resultado positivo. (Ver gráfica 1).

Estudios Pre y Postoperatorios



La sintomatología clínica tanto preoperatoria como postoperatoria de los pacientes fue medida en base a los parámetros de la escala de Visick para reflujo gastroesofágico. Encontrando que en forma preoperatoria 15 pacientes (33.3%) de los pacientes eran Visick II; 24 pacientes (53.3%) Visick III y 6 pacientes Visick IV. En el postoperatorio 34 (75%) pacientes se clasificaron como Visick I. Los demás pacientes se clasificaron como Visick II, entre los cuales se diagnosticó 1 paciente con trastornos psiquiátricos, 1 paciente con trastorno motor esofágico (Esófago en cascanueces) y 1 paciente sin estudios preoperatorios. Estos pacientes no mostraron mejoría clínica después de la cirugía. El resto de pacientes en Visick II serán pacientes previamente clasificados en Visick IV y Visick III. (ver gráfica 2).

Visick Pre y Postoperatorio



La técnica quirúrgica que se empleó fue en 30 pacientes (66.8%) Nissen-Floppy; en 8 pacientes (17.7%) Toupet; en 6 pacientes Procedimiento antireflujo modificado por Blanco, y en 1 paciente cirugía de Warner. Se realizaron tanto procedimientos en forma abierta convencional tanto como laparoscopia sin seguir ningún patrón más que la preferencia del cirujano.

No se logró encontrar un valor estadísticamente significativo entre el número de estudios preoperatorios y postoperatorios realizados.

A pesar de que la prueba de oro para el diagnóstico y control de la exposición de ácido en el esófago es su monitorización del pH, esta prueba no se realiza en forma rutinaria, sino más bien en forma esporádica entre nuestros pacientes.

DISCUSIÓN

El tratamiento quirúrgico mejora tanto los síntomas de la enfermedad por reflujo gastroesofágico como la exposición y medición del monitoreo del pH del ácido gástrico en el esófago. El éxito en los procedimientos antireflujo se han basado en la mejoría de los síntomas clínicos en el período postoperatorio. El éxito reportado varía desde un 84% a un 96%. Así como, ausencia de síntomas de la enfermedad por reflujo gastroesofágico no implica necesariamente una exposición normal al ácido gástrico en el esófago.

Los estudios postoperatorios como la monitorización de pH, la endoscopia, la manometría, y la serie esofagogastroduodenal, no son estudios que se realicen en forma rutinaria en pacientes operados en el servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades de C.M.N. SXXI, en especial en pacientes que se encuentran libres de síntomas. Los datos obtenidos demuestran que a un mejor estudio del paciente en forma preoperatorio los resultados en el postoperatorio son mejores, quedando establecido en la mejoría clínica valorada por la escala de Visick en nuestros pacientes. Además de dar elementos que favorezcan en la mejor elección de cirugía antireflujo para el paciente.

En los pacientes en que se omitieron estudios preoperatorios en forma complementaria se observaron errores diagnósticos y en consecuencia malos resultados postoperatorios que requirieron de estudios en el postoperatorio. La realización de un monitoreo de pH esofágico resulta clave en la evaluación del paciente antes de su intervención quirúrgica. Una forma objetiva para determinar los efectos de la cirugía en cuanto a la exposición de ácido en esófago sería realizar dentro de las primeras 8 a 12 semanas postoperatorias un monitoreo de pH esofágico y la función esofágica (12).

No hay duda de que un control en los síntomas es el más importante objetivo en la cirugía antireflujo. Sin embargo, se ha encontrado en pacientes una exposición anormal al ácido después de la exposición hasta en un 81% (aún en asintomáticos) por lo que en estos casos se sugiere de un seguimiento más estrecho con estudios postoperatorios (12).

La evaluación de la calidad de vida en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico provee una información complementaria a las mediciones tradicionales objetivas (monitoreo pH, manometría, etc) (13).

Entre pacientes con reflujo gastroesofágico , una pobre peristalsis puede prolongar la exposición de la mucosa esofágica al ácido gástrico. Por lo que muchos cirujanos abogan por la funduplicatura parcial para estos pacientes con dismotilidad esofágica., debido a que ofrece una menor resistencia al flujo peristáltico y por lo tanto disminuye las posibilidades de disfagia. (14). En nuestro estudio los pacientes con mayor grado de Visick preoperatorio fueron los que tuvieron resultados menos halagadores persistiendo con síntomas leves que no interfieren con la vida. Existen reportes que presentan hasta un 20% de incidencia en la recurrencia de la pirosis en pacientes después de una funduplicatura parcial, con un seguimiento medio de 22 meses. Aunque la funduplicatura parcial reduce el riesgo de la disfagia postoperatoria , también se disminuye la capacidad antireflujo. Además de que entre pacientes con una anomalía en la motilidad esofágica , no se ha observado que la funduplicatura tipo Nissen aumente el riesgo de una disfagia persistente (14). Los resultados demuestran que en nuestro servicio se prefiere realizar una funduplicatura total aún en pacientes con una dismotilidad leve o moderada, sin embargo, el uso selectivo de funduplicatura tipo Toupet requiere de estudios prospectivos en nuestro servicio.

Entre las complicaciones menos mencionadas de la funduplicatura se encuentra la distensión abdominal debido a una alteración en la función del eructo. La mayoría de reportes de ello son más subjetivos. Se ha reportado que esta complicación se presenta entre un 20 y un 60% de los pacientes después de una funduplicatura total (16).

Se ha reportado estrategias de tomar estudios radiológicos contrastados en el post-operatorio inmediato para facilitar el diagnóstico temprano de problemas que sino se resuelven pronto tal vez requieran de una reoperación más difícil en un periodo posterior (17). En nuestro servicio sólo se realizan este tipo de estudios ante problemas como la disfagia persistente y no como un estudio rutinario postoperatorio así demostrado en la poca cantidad de solicitud postoperatoria observada.

CONCLUSIONES:

Las indicaciones para una cirugía antireflujo para tratar la enfermedad por reflujo gastroesofágico se basan en una evidencia objetiva de una exposición anormal de ácido en el esófago, lesión esofágica, o la presencia de una complicación seria como lo es el esófago de Barrett, todo esto proporcionado por los estudios preoperatorios que se realizan en los pacientes antes de su intervención quirúrgica. El estándar de oro para la determinación anormal de ácido es la monitorización en 24 de pH. A pesar de ello, este estudio no se realiza antes ni después de la cirugía, como tampoco se realizan en forma postoperatoria los otros estudios complementarios como la manometría, la endoscopia o los estudios radiológicos contrastados de manera rutinaria en nuestro servicio de gastrocirugía. El control de los síntomas, como usualmente se reportan, aunque importante, puede resultar insuficiente al momento de valorar nuestros resultados post-operatorios. Sería necesario realizar estudios prospectivos que permitan comparar grupos a los que se les realice estudios postoperatorios y su mejoría sintomática para evaluar en forma significativa la utilidad de éstos en el postoperatorio. A pesar de que la cirugía provee un efectivo control de los síntomas y la exposición de ácido en la mayoría de los casos.

El uso selectivo de pruebas fisiológicas postoperatorias (Como en el caso de control por esófago de Barrett, o persistencia de los síntomas) como el que se realiza en nuestro servicio no causa un gasto excesivo al sistema de salud. Los síntomas proporcionan un adecuado, aunque no perfecto, parámetro de los resultados de los procedimientos antireflujo. La pirosis es el síntoma más importante que predice el reflujo ácido en el período postoperatorio. Pacientes con persistencia de pirosis, así como pacientes con diagnóstico de esófago de Barrett deben ser estudiados postoperatoriamente con monitoreo del pH y con endoscopia, para asegurar un control efectivo en el reflujo ácido.

La identificación de subgrupos de pacientes con desordenes funcionales gastrointestinales o trastornos psiquiátricos ayudan en la obtención de resultados óptimos de la cirugía antireflujo.

RECURSOS PARA EL ESTUDIO:

- a) Humanos.- Personal del Servicio de Gastrocirugía: Residentes.
Dr. Sánchez, M.B., Dr. Montañez, R4.
- b) Materiales.-Estudios de gabinete.
Estudios endoscópicos y manométricos.
- c) Financieros.-Recursos de la Unidad.
Recursos propios.

PROTOCOLO "EVALUACION PRE Y POSTOPERATORIA DE PACIENTES CON REFLUJO GASTROESOFAGICO PATOLOGICO Y/O HERNIA HIATAL"

Nombre: _____ Edad: _____

Afiliación: _____ Fecha: _____

Hospital de referencia: _____

Antecedentes:

OBESIDAD: _____ CANCER: _____

TABAQUISMO: _____ FARMACODEPENDENCIA: _____

ALCOHOLISMO: _____

QUIRÚRGICOS: _____

Padecimiento actual:

Tiempo evolución: _____

Dolor: sí _____ no _____ Tipo: _____ Irradiación: _____

Relacionado a: alimentos _____ actividad _____ medicamento: _____

Con qué se inicia?: _____

Con qué se disminuye o elimina? _____

Con qué se exacerba?: _____

Náusea sí _____ no _____ Vómito sí _____ no _____ Regurgitación sí _____ no _____

Pirosis sí _____ no _____ Acidias sí _____ no _____ Tos sí _____ no _____

Disnea sí _____ no _____ Odinofagia sí _____ no _____ Disfagia sí _____ no _____

Hematemesis sí _____ no _____ Melena sí _____ no _____ Dolor Precordial sí _____ no _____

Pérdida Peso sí _____ no _____ ¿?Kg _____ Diarrea sí _____ no _____ Halitosis sí _____ no _____

Distensión abdominal s: _____ no _____ Estreñimiento sí _____ no _____

Estudios de Laboratorio

BH Hb:_____ Hto:_____ Leucocitos:_____ Plaq.:_____
TP:_____ TTP_____ Gupo y Rh:_____
QS:_____ Otros:_____

Estudios de Gabinete

SEGD: Longitud normal si___ no___ Esófago corto si___ no___
Defectos de llenado Positivos si___ no___ Negativos si___ no___
Estenosis si___ no___ Contracciones terciarias si___ no___
Unión E-G por Debajo diafragma si___ no___ Arriba diafragma si___ no___
Estómago: Normal_____ Anormal(hallazgos):_____

Otros:_____

Endoscopia Longitud esófago:_____ Mucosa normal si___ no___

Porqué?_____

Eofagitis si___ no___ Grado:_____ Esófago Barret si___ no___

Biopsia si___ no___ Resultado:_____

Estómago:_____

Duodeno:_____

Manometría EES _____ mmHg EEI _____ mmHg.

Tercio superior, Tercio medio, Tercio inferior.

Contracción:_____ Relajación _____

Anormalidad:_____

Diagnóstico:_____

Phmetría _____

Valoración Preoperatoria (Cardiovascular)

Si ___ no ___ ASA: _____ Goldman: _____

Tratamiento Quirúrgico

Fecha Cirugía _____ Convencional _____ Laparoscópica _____

Tipo de Cirugía Nissen _____ Nissen-Rosetti _____ Toupet _____

Guarner _____ Dohr _____ BelseyMark IV _____ Otros _____

Hallazgos _____

Material utilizado _____

Ferulización transoperatoria (French y tipo de Bujía) _____

Cirujano: _____

Complicaciones transoperatorias y postoperatorias inmediatas

Sangrado _____ Perforación _____ Lesión de vagos _____ de Bazo _____

De Hígado _____ Sx. Burbuja _____ Otros _____

Complicaciones tardías

Disfagia _____ Odinofagia _____ Vómito _____ Reflujo GE _____ Lipotimia _____

Mareo _____ Diaforesis _____ Diarrea _____

Evaluación Postoperatoria

Rx tórax _____

Rx abdomen _____

SEGD _____

Manometría _____

Phmetría _____

Endoscopia _____

Reintervención Quirúrgica

Porqué? _____

Tipo de cirugía _____

Hallazgos _____

Evolución

Fecha de egreso: _____

Mejoria _____ Defunción _____ Causa _____

ANEXO 1

Evaluación con escala de Visick

Preoperatorio

Postoperatorio

Sudor
Cansado o sin fuerza
Taquicardia
Ruidos intestinales
Náusea
Vómito
Acedías
Plenitud postprandial
Desaparecen postvómito
Epigastralgia
Disfagia
Diarrea
Medicamentos
Disminuye con medicamentos

I Asintomático

II Síntomas leves no interfieren con la vida

III Síntomas severos, se controlan parcialmente con medicamentos

IV Síntomas incapacitantes no se controlan con medicamentos

Grado Preoperatorio _____

Grado Postoperatorio _____

Clasificación de Klementsichitsch (causa de síntomas después de la cirugía antirreflujo)

(En caso de reintervenciones)

Grupo I Fracaso de mecanismo de esfínter para detener el reflujo

Grupo II Fracaso de aclaración esofágica

Grupo III Fracaso del mecanismo de esfínter y del aclaración esofágica

Grupo IV Inexistencia del reflujo

I, II, III. Disrupción de la funduplicatura
 Estenosis por funduplicatura ajustada
 Fenómeno de deslizamiento de la funduplicatura

IV, V: Hernia paraesofágica no complicada ni asociada a otra causa
 Hernia paraesofágica complicada
 Perforación esofágica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- 1.- Hinder Roland, , Gastroesophageal reflux disease, Gastroenterol.Clin.North.am.,1999; 28, (4): 987-1019.
- 2.- George D, Zuidema, Esophagus, Shackelford's surgery of the alimentary tract-4th ed.,1996, Philadelphia, Pennsylvania.
- 3.- Donahue Philip, Basic of gastroesophageal reflux disease, Surg.Clin.North.Am., 1997, 5, 1003-1024.
- 4.- Steven DeMeester MD, Columnar mucosa and intestinal metaplasia of the esophagus, Annals of Surgery, 2000, 231, (3), 145-165.
- 5.- P. Stal, et all, Gastroesophageal reflux in healthy subjects, Scand Gastroenterol, 1999; (2): 121-128.
- 6.- H. Koop, Reflux disease and Barrett's esophagus, Endoscopy, 2000; 32 (2): 101-107.
- 7.- Irwin RS. et all, Cronic cough and reflux disease, Chest, 1998; 114 (2): 133-154.
- 8.- Hadar Spivak, Laparoscopic surgery of the gastroesophageal junction, World J.Surg.,1999; 23: 356-367.
- 9.- Henry L. Laws, et all, A randomized prospective comparison of the Nissen funduplication versus Toupet funduplication for gastroesophageal reflux disease, Annals of Surgery, 1997; 225, (6): 647-654.
- 10.- Nathaniel J. Soper, Anatomic funduplication failure after laparoscopic antireflux surgery, Annals of Surgery, 1999; 229, (5): 669-677.
- 11.- David W. Rattner, MD, Measuring improved quality of life after laparoscopic antireflux surgery, Surgery, 2000; 127, (3): 258-263.
- 12.Thomas R. Eubanks, DO, Pablo Omelanczuk, MD, Christina Richards, Outcomes of laparoscopic antireflux procedures, Am J surg., 2000;179:391-395.