



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO "LA RAZA"

LA FRECUENCIA DE REFLUJO ALCALINO
PRIMARIO COMO HALLAZGO ENDOSCOPICO
EN HECMR. CONSIDERACIONES
TERAPEUTICAS E INDICACIONES
QUIRURGICAS

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO GENERAL
P R E S E N T A:
DRA. CARMEN LETICIA GODINEZ ARIAS



ASESOR:
DR. FERNANDO GABRIEL DEL VALLE BAYONA

MEXICO, D. F.

MARZO DE 1997.



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.



hospital de especialidades

DIVISION DE EDUCACION
E INVESTIGACION MEDICA

DR. ARTURO ROBLES PARAMO

JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION HECMR

DR. JOSE FENIG RODRIGUEZ

**JEFE DE CIRUGIA GENERAL Y PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
POSTGRADO DE CIRUGIA GENERAL HECMR**

DR. FERNANDO GABRIEL DEL VALLE BAYONA

CIRUJANO ADSCRITO AL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL HECMR

A MIS PADRES
(in memoriam)

por permitir que mi sueño floreciera

y

**a quienes se atrevieron a soñar
junto a mí**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO
" LA RAZA "

**LA FRECUENCIA DE REFLUJO ALCALINO PRIMARIO
COMO HALLAZGO ENDOSCOPICO EN HECMR.
CONSIDERACIONES TERAPEUTICAS E INDICATIVOS
QUIRURGICOS.**

DRA . CARMEN LETICIA GODINEZ ARIAS
RESIDENTE DE CUARTO AÑO CIRUGIA GENERAL

DR. FERNANDO GABRIEL DEL VALLE BAYONA
CIRUJANO ADSCRITO AL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HECMR.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

CENTRO MEDICO "LA RAZA"

CIRUGIA GENERAL

DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

*DIRECCION: SERIS Y ZAACHILA S/N
COLONIA: LA RAZA
DELEGACION: AZCAPOTZALCO
MEXICO, D.F.
TEL: 7 24 59 00*

SOBRETUROS DIRIGIRSE A:

DR. FERNANDO GABRIEL DEL VALLE BAYONA

CIRUJANO ADSCRITO HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO "LA RAZA"

REFLUJO ALCALINO PRIMARIO

Del Valle B, FG; Godínez A, CL; La frecuencia de reflujo alcalino primario como hallazgo endoscópico en HECMR. Consideraciones terapéuticas e indicativos quirúrgicos.

Hospital de Especialidades Centro Médico "La Raza". México, D.F., 1997.

INTRODUCCION. El síndrome de reflujo alcalino primario (SRAP) no ha sido definido con claridad. El diagnóstico sigue siendo de exclusión y sus indicaciones quirúrgicas son ambiguas. El presente trabajo apoya que la aplicación de las escalas sintomática de DeMeester&Ritchie y la endoscópica propuesta en Sidney son útiles y suficientes para seleccionar a los candidatos a cirugía proponiendo la realización de una duodenoyeyunostomía suprapapilar con reconstrucción en Y de Roux o "switch duodenal".

MATERIAL Y METODOS. 54 pacientes adscritos a nuestro hospital entre agosto 1995-diciembre 1996 con hallazgo endoscópico de "lago gástrico biliar" sin datos de enfermedad de reflujo gastroesofágico, patología o cirugías previas gástrica, pilórica y/o vagotomías. A cada uno se le aplicó un cuestionario standard de antecedentes, USG hígado y vías biliares y se consignó un puntaje a través de las escalas de DeMeester&Ritchie y Sidney. Se inició manejo farmacológico con dos esquemas secuenciales reportados en la literatura: metoclopramida+sucralfato y cisaprida+magaldrato durante 8 semanas c/u con reevaluación de resultados con ambas escalas seleccionando al final candidatos quirúrgicos sugiriendo la realización de switch duodenal.

RESULTADOS. Del total de casos, 64% fueron mujeres y 36% hombres con un 40% entre 26-60 años. El 16% habían tenido colecistectomía (CCT) previa y en 13 casos (24%) se detectó por USG colelitiasis programándose a cirugía 7 pacientes con remisión sintomática posterior en 4, igual en 2 y exacerbación en 1 caso. Los tiempos de evolución oscilaron a >6 meses en el 59%. A excepción de 12 casos asintomáticos, todos habían sido tratados con antiácidos, bloqueadores H2, omeprazol y otros sin resultados. La escala de DeMeester&Ritchie inicial evidenció 15 pacientes entre 7-8 puntos (score máximo) con evidencia endoscópica-histológica de gastritis alcalina. Después de la aplicación de los fármacos y a las reevaluaciones se observó movimiento del resto de los pacientes hacia valores más bajos pero 13 casos persistieron entre 7-8 puntos considerándose candidatos a switch duodenal. Se operaron 7 enfermos con control postoperatorio de los síntomas de 90-100% con escalas entre 1-3 puntos sin regresiones histológicas en un seguimiento aproximado de 12-18 meses. Por otro lado, se encontraron tiempos de vaciamiento gástricos alargados en el 50% de enfermos operados antes y después de la cirugía.

DISCUSION Y CONCLUSIONES. La definición de SRAP aún no es clara. Su sintomatología no es exclusiva y es común a otras patologías pero su tratamiento es diferente. Existe un gran problema al seleccionar a los candidatos a cirugía en base a malas respuestas a tratamientos empíricos mal controlados sin bases objetivas. Las escalas de DeMeester&Ritchie y de Sidney han demostrado que son útiles en la categorización de pacientes con una evaluación más objetiva y selectiva a los sujetos candidatos a cirugía. Por otro lado, el switch duodenal demostró control de los síntomas a corto plazo en nuestra población, sin embargo, persistió con vaciamientos gástricos anormales en el postoperatorio. Por ello, será necesario evaluar los resultados del procedimiento en una población mayor considerando controles pre y postoperatorios más detallados (medicina nuclear, técnicos y selectivos) así como considerar seguimientos largos con evaluaciones periódicas que permitan decidir el éxito a mediano y largo plazo de la cirugía.

INDICE

RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCION.....	3
MATERIAL Y METODOS.....	4
RESULTADOS	8
TABLAS.....	10
DISCUSION Y CONCLUSIONES.....	11
ANEXOS.....	15
BIBLIOGRAFIA.....	17

RESUMEN

El síndrome de **reflujo alcalino primario** no ha sido definido claramente. Su diagnóstico de exclusión e indicativos quirúrgicos son ambiguos.

DeMeester & Ritchie proponen una escala sintomática, endoscópica, histológica que evalúa respuesta a tratamiento e identifica sistemáticamente candidatos quirúrgicos.

Se estudiaron 54 pacientes en HECMR con evidencia endoscópica "lago gástrico biliar" (agosto 1995 - diciembre 1996) sin enfermedad de reflujo gastroesofágico, cirugías gástricas, pilóricas o vagotomías. Se aplicó cuestionario de antecedentes, ultrasonido biliar y **puntaje de DeMeester** con score de 0-8. Se utilizaron 2 esquemas farmacológicos representativos, escalonados, reevaluando a 8 semanas sintomáticas y a 12 endoscópicas identificando candidatos a cirugía, sugiriendo realización de **switch duodenal**.

Fueron 64% mujeres y 36% hombres entre 18-75 años; 16% colecistectomizados y coledocitis en 13 casos. La evolución sintomática fue >6 meses en el 59%. Los tratamientos diversos con respuesta pobre. Desde la primera codificación de DeMeester se identificaron 15 casos tentativos a cirugía, concretándose finalmente 13 de ellos, siendo operados 7 con control sintomático del 90-100% pero con persistencia de vaciamiento gástrico prolongado.

Palabras clave: reflujo alcalino primario, switch duodenal, escala DeMeester.

ABSTRACT

The alkaline reflux gastritis syndrome is not easily defined. His diagnostic is of exclusion and the surgical indications are ambiguous. DeMeester & Ritchie propose a symptomatic, endoscopic and histologic scale that evaluate the answer to treatment and identify the surgical candidates.

Between august 1995 and december 1996, 54 patients were referred to the Hospital de Especialidades Centro Medico La Raza (HECMR) for endoscopic evidence of "gastric bilious lake". These patients without gastroesophageal reflux disease, gastric and pyloric surgery and vagotomy. We used a questionnaire standard with clinic record, USG gallbladder and DeMeester score between 0-8 points. All patients were treated with two representatives farmacologic lines and they were reexamine to 8 symptomatic weeks and 12 endoscopic weeks, identifying surgical candidates suggest the "switch duodenal" procedure.

There were 64% women and 36% men between 18-75 years old. 16% after cholecystectomy and 13 cases with cholelithiasis. The symptomatic evolution were >6 months in 59%. The majority of patients were asking various therapeutic efforts were made with response poor. In the first DeMeester score, we identify 15 surgical cases, seven patients were operated (switch duodenal) with symptomatic control postoperative 90-100% but large gastric emptying persistent.

Key words: alkaline reflux gastritis, switch duodenal, DeMeester score.

REFLUJO ALCALINO PRIMARIO

INTRODUCCION

Hace 200 años, John Hunter fue el primero en observar que "la bilis nunca pasa al estómago en estado natural y que cuando lo hace provoca un efecto nauseoso" ⁽¹⁾; por su parte, William Beaumont en 1833 nota hallazgos similares en uno de sus pacientes ⁽²⁾ ⁽³⁾. La sintomatología de vómito biliar y dolor epigástrico se describe por primera vez en 1951 por Wells y Wellbourn ⁽⁴⁾ a consecuencia de cirugía gástrica, observaciones corroboradas por Toye y A. Williams en 1965 en un paciente con antecedente de gastrectomía Billroth II ⁽⁵⁾. Lawson demostró estos hallazgos en forma experimental y denotó el efecto protector del procedimiento en Y de Roux para controlar el paso de reflujo duodenal ⁽⁶⁾. Silen en 1971 reconoció que el reflujo biliar era destructivo a la mucosa gástrica especialmente en presencia de isquemia ⁽⁷⁾. Gadacz y Zuidema identificaron ácido desoxicólico en altas concentraciones en pacientes sintomáticos ⁽⁸⁾. Por su parte Fisher y Cohen ⁽⁹⁾ determinaron disfunción pilórica en un paciente con úlcera gástrica concluyendo que el reflujo duodenogástrico era una consecuencia de la incompetencia del esfínter permitiendo el paso de bilis al interior del estómago como vía generadora de úlceras gástricas. Otros autores ⁽¹⁰⁾ han reportado casos con datos de reflujo duodenogástrico sin el antecedente de cirugía gástrica relacionándose en algunos pacientes patología biliar, específicamente coledocistitis concomitante o bien, antecedente de colecistectomía, como factor etiológico probablemente asociado ⁽¹⁰⁾ como reflejo de una función pilórica y/o vesicular anormal. Asimismo, el reflujo alcalino también ha sido implicado en la patogenia de úlceras gástricas, carcinoma gástrico y/o pancreático así como esofagitis ⁽¹¹⁾. El síndrome de gastritis por reflujo, reflujo duodenogástrico o de reflujo alcalino no está definido con claridad. Ritchie ⁽¹²⁾ analiza la definición de este estado patológico en sus publicaciones concluyendo en sus series que los

REFLUJO ALCALINO PRIMARIO

componentes sintomáticos más representativos son: dolor epigástrico (89%) , vómito (94%), vómito biliar (62%) con hipoclorhidria o aclorhidria en 84% de los casos. La observación endoscópica de gastritis (mucosa edematosa, eritema, friabilidad) y de colecciones biliares intragástricas se presentó en un 95%. En base a estos hallazgos, Ritchie define el **síndrome de reflujo alcalino (SRA)** como la asociación de varios elementos fundamentales ⁽¹²⁾ como: dolor epigástrico, vómito (que puede o no ser biliar), gastritis endoscópica y gastritis histológica. Para fines totalmente descriptivos el reflujo duodenogástrico es el derrame retrógrado de contenido duodenal a través del píloro ⁽¹³⁾ y el SRA primario ⁽¹⁴⁾ es cuando en ausencia de ablación quirúrgica previa al píloro se produce daño a la mucosa gástrica por los constituyentes del contenido duodenal en presencia de reacción ácida disminuida o ausente implicando de este modo la incompetencia primaria por trastornos en la motilidad antropilórica duodenal en un píloro anatómicamente intacto. El reflujo duodenogástrico es reconocido como evento natural en estados de ayuno e ingesta de alimentos, frecuentemente en las primeras horas de la mañana o en posición supina ⁽¹⁵⁾ . Presumiblemente, el proceso se vuelve patológico cuando el reflujato se encuentra en contacto con el estómago por un tiempo más prolongado lo cual puede deberse a episodios más frecuentes o más largos de reflujo, clearance duodenal inefectivo o secreción gástrica disminuida ⁽¹⁷⁾ . El componente del reflujo generador de la gastritis consecuente es incierto, aunque se ha demostrado un índice elevado de sales biliares capaces de lacerar la mucosa gástrica permitiendo el paso de hidrogeniones a la pared del estómago e iniciando la secuencia de eventos generadores de gastritis ⁽¹⁶⁾ . Recientemente la presencia de litos vesiculares se ha considerado como factor asociado al SRA primario ⁽¹⁰⁾ con sintomatología comparativamente similar en muchos pacientes ⁽¹⁸⁾ después de efectuada la colecistectomía

REFLUJO ALCALINO PRIMARIO

(CCT) hasta un 15-20% de los casos con persistencia de síntomas post operatorios atribuibles a varias causas: litiasis residual, úlcera péptica, pancreatitis. Empero, en algunos casos no es posible determinar una causa evidente ⁽¹⁹⁾. En años recientes algunas investigaciones ⁽²⁰⁾ han proporcionado la evidencia de que la incidencia de SRA se ve incrementada después de la colecistectomía y de que el aumento en el reflujo puede ser incluso mayor que en el paciente sintomático inicial. El mecanismo generador en estos casos se refiere a la ausencia anatómica de vesícula biliar la cual normalmente concentra la bilis e influye en su vaciamiento al duodeno ⁽²¹⁾ incrementando el porcentaje de tiempo durante el cual el pH gástrico es mayor a 4-6 comparativamente a los registros previos ⁽²²⁾. Tal como se ha expuesto, ante un cuadro sintomático inespecífico el diagnóstico deberá ser apoyado en métodos conocidos a saber: endoscopias ⁽²³⁾, histología ⁽²⁴⁾, por imagen RX ⁽⁴⁾ monitoreo de pH gástrico ⁽²⁵⁾, aspiración gástrica ⁽¹⁸⁾ radionúclidos ⁽⁴⁾, test de provocación ⁽¹⁴⁾ y hormonas gastrointestinales ⁽¹²⁾. Con mayor frecuencia el síndrome por reflujo alcalino ha sido estudiado en el marco de una cirugía gástrica previa englobada en el rubro de "síndromes postgastrectomía" con mala respuesta al manejo conservador y con la alternativa quirúrgica de una gastroyeyunostomía con reconstrucción en Y de Roux con resultados favorables en un 75% de los casos; sin embargo, en la fracción de casos sin antecedente quirúrgico con SRA el problema se agrava pues no se cuenta con evidencia de una causa específica y se aborda una gama sintomática común a otras patologías; por tanto, el diagnóstico de SRA primario debe ser por exclusión. Cabe señalar que, por otro lado, las pruebas diagnósticas no son todas objetivas y el manejo médico arroja resultados variables con una mala respuesta en general al tratamiento utilizada no es infalible ⁽²⁶⁾ conllevando con ello los esperados problemas para la elección de aquellos casos candidatos

REFLUJO ALCALINO PRIMARIO

a realización de cirugía correctiva. La mala respuesta a tratamientos diversos por períodos de tiempo al azar y la mayoría de las veces sin control de seguimiento han sido las pautas para establecer el manejo operatorio específico prefiriéndose la realización de una gastrectomía con gastroyeyunoanastomosis y reconstrucción en Y de Roux ⁽²⁹⁾. Más recientemente ha sido propuesto un procedimiento que permite la preservación del píloro: el dr. DeMeester describe una duodenoyeyunostomía suprapapilar con reconstrucción en Y de Roux o "switch duodenal" ⁽²⁷⁾⁽²⁸⁾ para pacientes con SRA primario seleccionados. Con el uso de esta técnica un segmento de duodeno proximal de 4-7 cm se mantiene en contacto con el píloro intacto sin interferir con la fisiología de las secreciones pancreaticobiliares. Los beneficios potenciales se derivan de la disección limitada requerida, vagotomía innecesaria y la preservación del reservorio gástrico y la función antropilórica. Los resultados, de acuerdo a los reportes publicados han sido favorables con tasas de morbilidad y mortalidad muy bajas y con control postoperatorio completo de la sintomatología inicial en un 90%. De este modo, el SRA primario se relaciona con la presencia de un cuadro sintomático inespecífico, común a otros padecimientos siendo frecuente la aplicación sin sistematización, seguimiento y/o temporalidad de terapéuticas farmacológicas diversas, con un proceso ambiguo de selección de candidatos a cirugía correctiva sin elementos suficientes comunes que decidan su intervención quirúrgica. La presente investigación apoya que los criterios clínicos y endoscópicos propuestos por DeMeester y Ritchie en el síndrome de reflujo alcalino primario son útiles y suficientes para valorar la respuesta al tratamiento conservador y determinar sistemáticamente los candidatos a tratamiento quirúrgico.

MATERIAL Y METODOS

Se incluyeron 54 pacientes adultos adscritos al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y al Hospital de Especialidades Centro Médico "La Raza" (HECMR) con hallazgo endoscópico de "lago gástrico biliar" captados del 10 de agosto de 1995 al 31 de diciembre de 1996; se excluyeron pacientes con tumoraciones gástricas/pilóricas, úlceras gástricas o duodenales, enfermedad por reflujo gastroesofágico, así como antecedente quirúrgico de gastrectomía, vagotomía y/o piloroplastía. A cada caso se aplicó un cuestionario que incluía antecedentes e información endoscópica - histológica y sintomática codificados de acuerdo a los criterios de Sidney ^{(1) (2) (30)} y de Ritchie-DeMeester ^{(20) (21)} respectivamente y se adjuntó a cada caso un ultrasonido (USG) de hígado y vías biliares. Se revaloró a 8 semanas sintomáticas y a 12 semanas endoscópicas y se utilizaron dos esquemas farmacológicos escalonados y representativos en la literatura: 1.- metoclopramida 10 mg VO cada 8 hrs + sucralfato 1 g cada 6 hrs; 2.- cisaprida 10 mg VO cada 8 hrs + magaldrato con una temporalidad de ocho semanas c/u. Se calculó un score por puntos después de cada revaloración y después del segundo esquema se identificaron los candidatos a cirugía sugiriendo la realización de duodenoyeyunostomía suprapapilar con reconstrucción en Y de Roux y seguimiento a cada caso. La base de datos así conformada fue analizada en frecuencias acumuladas, tendencia central, desviación standar.

RESULTADOS.

Se revisaron 54 pacientes, 40 mujeres (64%) y 14 hombres (36%) entre los 18 y los 75 años (tabla 1). Se reportó tabaquismo (37%) y consumo habitual de alcohol (7.4%) y AINES (4%). El 16.6% tenía CCT previa con sintomatología posterior a la cirugía entre 3-12 meses después del evento quirúrgico. Durante el estudio, se identificaron por ultrasonido 13 casos con colelitiasis programándose a cirugía 7 de ellos con remisión completa de los síntomas en 4 pacientes, persistencia del cuadro en 2 y exacerbación de la sintomatología en un enfermo. Los síntomas fueron diversos (tabla 2) pero se consignaron con mayor frecuencia: dolor epigástrico 77%, náuseas 72.2% y vómito (no necesariamente biliar) en un 53.7%. El tiempo de evolución del reflujo alcalino fue variable con un 37% entre 6-12 meses y un 22% en >12 meses (tabla 3). La mayoría de los enfermos habían sido tratados con esquemas farmacológicos diversos con pobre respuesta (tabla 4); sólo 12 no habían sido tratados previamente coincidiendo con los casos asintomáticos. La primera valoración con la escala de DeMeester-Ritchie arrojó a 15 pacientes con score de 7-8 puntos (27.7%) y posterior a la aplicación de los esquemas farmacológicos propuestos y a poca o nula respuesta a los mismos, se identificaron 12 pacientes que se consideraron como candidatos a cirugía; el resto de pacientes migraron hacia puntajes menores con corrección de los síntomas hasta en un 37% (tabla 5). La valoración endoscópica (tabla 6) agrupó a un 46% entre 1-2 puntos y a un 36% entre 4-5 puntos; se evidenció gastritis crónica activa y no-activa en 14 casos y H. Pylori en 16 pacientes recibiendo tratamiento de erradicación inicial. Cabe señalar que estos dos últimos hallazgos no coincidieron con los puntajes más elevados sino que se presentaron indistintamente en los grupos. La histología fue similar en la endoscopia inicial y en el control sin cambios significativos y sin regresiones histológicas

REFLUJO ALCALINO PRIMARIO

(tabla 6A). De los pacientes quirúrgicos (2 con CTT previa) se realizó switch duodenal en 7 de ellos con seguimiento variable entre 18 y 6 meses. Se logró score postoperatorio de DeMeester-Ritchie entre 1-3 puntos con mejoría de la congestión y edema endoscópicos sin regresiones histológicas. Al grupo quirúrgico de pacientes se les realizó pruebas de vaciamiento gástrico con tiempos prolongados al doble y al triple preoperatorios y persistencia en menor grado después de la cirugía.

TABLAS

REFLUJO ALCALINO PRIMARIO

TABLA 1. DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO

		MUJERES	HOMBRES
EDADES	18-25a	6 (11.1%)	4 (7.4%)
	26-40a	21 (38.8%)	2 (3.7%)
	41-60a	11 (20.3%)	6 (11.1%)
	>60a	2 (3.7%)	2 (3.7%)

Fuente: Hoja de datos protocolo de tesis

TABLA 2. SINTOMAS PREVIOS

SINTOMA	TOTAL	PORCENTAJE
Dolor epigástrico	42	77.7%
Naúseas	39	72.2%
Vómito	29 (18 biliar)	53.7% (33.3%)
Piroxis	25	46.2%
Reflujo	29	53.7%
Ninguno	12	22.2%
Otros	18	33.3%

Fuente: Hoja de datos protocolo de tesis

REFLUJO ALCALINO PRIMARIO

TABLA 3. TIEMPO DE EVOLUCION

TIEMPO DE EVOLUCION	CASOS	PORCENTAJE
0-3 meses	15	27.7%
3-6 meses	7	12.9%
6-12 meses	20	37%
>12 meses	12	22.2%

Fuente: Hojas de datos protocolo de tesis

TABLA 4. USO DE MEDICAMENTOS PREVIOS

MEDICAMENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguno	12	22.2%
Antiácidos	43	79.6%
Bloq. H ²	40	74%
Metoclopramida	34	62.9%
Sucralfato	29	53.7%
Omeprazol	12	22.2%

Fuente: Hojas de datos protocolo de tesis

REFLUJO ALCALINO PRIMARIO

TABLA 5. VALORACION SINTOMATICA DEMEESTER-RITCHIE

SCORE	INICIAL	ESQUEMA 1	ESQUEMA 2
0 (asintomat)	12 (22.2%)	14 (25.9%)	20 (37%)
1 - 3 puntos	3 (5.5%)	7 (12.9%)	5 (9.25%)
4 - 6 puntos	24 (44.4%)	18 (33.3%)	17 (31.4%)
7 - 8 puntos	<u>15</u> (27.7%)	-----> <u>15</u> (27.7%)	-----> <u>12</u> (22.2%)

Fuente: Hoja de datos protocolo de tesis

TABLA 6. VALORACION ENDOSCOPICA DE SIDNEY

	SCORE INICIAL	SCORE A 3 MESES
UN PUNTO	10 (18.5%)	13 (24%)
DOS PUNTOS	15 (27.7%)	18 (33.3%)
TRES PUNTOS	9 (16.6%)	10 (18.5%)
CUATRO PUNTOS	7 (12.9%)	1 (5.4%)
CINCO PUNTOS	13 (24%)	12 (22.2%)

Fuente: Hoja de resultados endoscópicos HECMR

TABLA 6.A. HALLAZGOS ENDOSCOPICOS ADICIONALES

H. PYLORI	16 (29.6%)	7 (12.9%)
GASTRITIS CRONICA	14 (25.9%)	14 (25.9%)

Fuente: Hoja de reporte histopatológico biopsias

DISCUSION Y CONCLUSIONES

- 1.- El síndrome por reflujo alcalino no ha sido definido aún con claridad por lo cual constituye un diagnóstico de exclusión.
- 2.- El cuadro sintomático es diverso, común a otras patologías; sin embargo, cuenta con algunos datos relevantes por su frecuencia (dolor epigástrico, náuseas, vómito) que deberán buscarse en forma intencionada analizándose en base a su periodicidad de presentación, tolerancia a ingesta alimenticia y alteración de las actividades cotidianas.
- 3.- La escala de valoración sintomática de DeMeester & Ritchie sí permite establecer de una manera más objetiva y sistemáticamente la medición de síntomas comunes de reflujo alcalino y seguir en el tiempo la respuesta de los pacientes a la terapéutica elegida.
- 4.- La escala endoscópica de Sidney propuesta para valorar el grado de reflujo alcalino a través del hallazgo de lesiones específicas, establece la asignación de puntos del 0-5 permitiendo la ubicación objetiva escalonada de cada paciente. Cabe señalar que la histología, por definición del síndrome, debe incluirse en los reportes con atención especial a la presencia de gastritis crónica superficial o profunda, activa o inactiva, así como *H. Pylori* dada su asociación con el reflujo alcalino. En nuestro estudio no se observaron regresiones histológicas por seguimientos cortos en contraposición a lo descrito en la literatura.
- 5.- La aplicación de ambas escalas nos permite discernir desde la primera entrevista el grado de reflujo alcalino e incluso en observación de los antecedentes es posible predecir la

REFLUJO ALCALINO PRIMARIO

respuesta probable a la terapia farmacológica identificando desde el inicio los potenciales candidatos a tratamiento quirúrgico.

6.- En la mínima población estudiada y a través del poco tiempo en seguimiento, el switch duodenal logró un control de los síntomas hasta en un 90-100% con puntajes de DeMeester postoperatorios de 1-3. Sin embargo, la plenitud postprandrial fue hallazgo común en estos enfermos. Ante lo cual se realizó en el 50% de los casos estudios de vaciamiento gástrico pre y postoperatorios encontrándose retraso en el tiempo hasta el doble o triple de lo normal en los preoperatorios y menor pero alterado posteriores a la cirugía.

7.- Por lo anterior, debe sugerirse la aplicación de escalas de DeMeester & Ritchie y de Sidney en una población mayor planeando seguimientos y terapéuticas más largas efectuando controles sintomáticos y endoscópicos escalonados con decisión objetiva de cirugía en aquellos puntajes entre 7-8. En lo que corresponde al switch duodenal será necesario aclarar la presencia de pruebas de vaciamiento gástrico alteradas en comparación a los reportes en la literatura así como establecer controles precisos (de medicina nuclear, técnicos y selectivos) pre y postoperatorios que permitan seguimientos largos con mediciones escalares que puedan establecer la evaluación de la duodenoyunostomía suprapapilar con reconstrucción en Y de Roux como un procedimiento quirúrgico eficaz.

ANEXOS

REFLUJO ALCALINO PRIMARIO

ANEXO 1. ESCALA SINTOMATICA DE DEMEESTER-RITCHIE

SE APLICA POR SEPARADO A CADA SINTOMA EN TRES TIEMPOS DE CONTROL.:

1.- DOLOR EPIGASTRICO
2.- NAUSEAS
3.- VOMITO

FRECUENCIA				ALTERA INGESTA		INTERFIERE ACTIVIDADES			
SIN/SINT	<1/MES	>1/MES	>1/SEM	DIARIO	NO	SI	OCCASIONAL	CTE	TOTAL
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(0)	(1)	(1)	(2)	(3)

**LOS CASOS ASINTOMATICOS SE MARCAN CON 0

*EL MAXIMO PUNTAJE ES DE 8.

FUENTE: DeMeester, T; Fuchs, K. *Experimental & clinical results with proximal end to end duodenojejunostomy for pathologic duodenogastric reflux. Ann Surg, oct, 1987;206(4): 256-261.*

REFLUJO ALCALINO PRIMARIO

ANEXO 2. CRITERIOS ENDOSCOPICOS GASTRITIS ALCALINA

FIJACION EN FORMOL-EOSINA AL 10%.

ASIGNACION DE UN PUNTO POR CADA HALLAZGO ENDOSCOPICO:

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1.- HIPERPLASIA FOVEOLAR2.- EDEMA3.- CONGESTION4.- PROMINENCIA DE FIBRAS DE MUSCULO LISO EN LAMINA PROPIA5.- INFILTRADO INFLAMATORIO LINFOCITICO |
|--|

SE CONSIGNARA ADEMAS :

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">6.- PRESENCIA DE GASTRITIS CRONICA ACTIVA O INACTIVA7.- PRESENCIA DE HELICOBACTER PYLORI |
|---|

***FUENTE: Whitehead, D. Gastritis in mucosal biopsy of the
Gastrointestinal tract. Saunders, 4th; 1990, 5:78***

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Gowen, MD. SPONTANEOUS ENTEROGASTRIC REFLUX GASTRITIS AND ESOPHAGITIS.
Annals of surgery, 1985;201:170-75.
- 2.- Ritchie, WP. ALKALINE REFLUX GASTRITIS: A CRITICAL REAPPRAISAL.
GUT, 1984;25:975-7.
- 3.- Da Costa, IN; Ritchie, WP. BILE ACIDS, THE BARRIER AND REFLUX RELATED CLINICAL DISORDERS OF GASTRIC MUCOSA.
Surgery, 1987;82(2):192-200.
- 4.- Welch, N; DIAGNOSIS AND TREATMENT OF DUODENOGASTRIC REFLUX.
Probl in gen surg, 9(1); march, 1992:184-94.
- 5.- Lawson, HH. EFFECT OF DUODENAL CONTENTS ON THE GASTRIC MUCOSA UNDER EXPERIMENTAL CONDITIONS.
Lancet, february, 1964;469:71
- 6.- Silen, W. MALEVOLENT GALL. Surgery, 1972;71(2):311:12.
- 7.- Gadaez, TR; Zuidema, GD. BILE AND COMPOSITION IN PATIENTS WITH AND WITHOUT SYMPTOMS OF POSTOPERATIVE REFLUX GASTRITIS.
Am J Surg, 1978;135, 48:52.
- 8.- Fisher, RS; Cohen, S. PYLORIC SPHINCTER DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH GASTRIC ULCER.
New England Md; 1973; 288(6): 273:76.
- 9.- Scudamore, HH; Eckstam, EE; et al. BILE REFLUX GASTRITIS: A DIAGNOSIS MEDICAL AND SURGICAL THERAPY.
Am J Gastro, 1983; 60:9.
- 10 Brown, T; Walton, G: THE ALKALINE SHIFT IN GASTRIC pH AFTER CCT
Am J Surg, jan, 1989; 157(2):58:65.-
- 11.-Northfield, TC; Halla, CN. CARCINOMA OF THE GASTRIC STUMP: RISKS AND PATHOGENESIS.
GUT, 1990;31:1217.
- 12.-Ritchie, WP. ALKALINE REFLUX GASTRITIS AN OBJECTIVE ASSESSMENT OF IT DIAGNOSIS AND TREATMENT.
Ann Surg, 1980; 192:288.
- 13.-Hausken, T; Odegard, S. ANTRODUODENAL MOTILITY AND MOVEMENTS AND

THE LUMINAL CONTENTS STUDIED BY DUPLEX SONOGRAPHY.
Gastrof, 1992; 102(5): 1583-90.

- 14.-Rutledge, P; Washaw, A. DIAGNOSIS OF SYMPTOMATIC ALKALINE REFLUX GASTRITIS AND PREDICTION OF RESPONSE TO BILE DIVERSION OPERATION BY INTRAGASTRIC ALKALI PROVOCATION.
Am J Surg; jan, 1988; 155: 82-7.
- 15.-Fucho, K; DeMeester, T; COMPUTARIZED IDENTIFICATION OF PATHOLOGIC DUODENO-GASTRIC REFLUX USING 24 HOURS GASTRIC pH MONITORING.
Ann Surg , jan, 1991; 16(4): 13-20.
- 16.-Rees, WP; Go, VL. SIMULTANEOUS MEASUREMENT OF ANTRODUODENAL MOTILITY GASTRIC EMPTYING AND DUODENOGASTRIC REFLUX IN MAN.
GUT, 1979; 20: 963-70.
- 17.-Harmon, JW; Doong, T. BILE ACIDS ARE NOT EQUALLY DAMAGING TO THE GASTRIC MUCOSA.
Surgery, 1978; 84: 79.
- 18.-Miin Fu Chen. Chia Siu Wang. A PROSPECTIVE STUDY OF THE EFFECT OF CHOLECYSTECTOMY ON DUODENOGASTRIC REFLUX IN HUMANS USING 24 HOURS GASTRIC HYDROGEN MONITORING.
Gynecol & Obstetrics; jul, 1992; 175(1): 52-56.
- 19.-Cabrol, J; Navarro, X. EVALUATION OF DUODENOGASTRIC REFLUX IN GALLSTONE DISEASE BEFORE AND AFTER SIMPLE CCT
Am J Surg ,sept, 1990; 160(10): 283-5.
- 20.-Campbell, FC; Kennedy, N. GALLBLADDER FUNCTION AND FASTING ENTERO-GASTRIC BILE REFLUX.
Br J Surg, 1987; 74: 542.
- 21.-Goldstein, F; Thornton, J. BILE REFLUX GASTRITIS AND AESOPHAGITIS IN PATIENTS WITHOUT PRIOR GASTRIC SURGERY WITH PILOT STUDY OF THE THERAPEUTIC EFFECTS OF METOCLOPRAMIDE.
Am J Gastrof, 1987; 82: 972.
- 22.-Cranford, CA; Kennedy, NS. THE RELATIONSHIP BETWEEN ENTEROGASTRIC REFLUX OF BILE AND GALLBLALDER FUNCTION.
Am J Gastrof, 1987; 82:972.

REFLUJO ALCALINO PRIMARIO

- 23.-Stein, H; Smyrk, T; DeMeester, T. CLINICAL VALUE OF ENDOSCOPY AND HISTOLOGY IN THE DIAGNOSIS OF DUODENOGASTRIC REFLUX DISEASE.
Surg, oct, 1992; 112: 976-804.
- 24.-Parrilla, P; Luján, A; Robles, D. DUODENOGASTRIC REFLUX QUANTIFICATION IN PEPTIC ULCER SURGERY: COMPARISON BETWEEN DIFFERENT SURGICAL TECHNIQS.
Surgery, jan, 1993; 113:43-7.
- 25.-Brown, TH; Holbrook, I; King, R. 24 HOURS INTRAGASTRIC pH MEASUREMENT IN THE ASSESSMENT OF DUODENOGASTRIC REFLUX.
World J Surg, sep/oct, 1992; 16(5): 995-1000.
- 26.-Wallace, P; Ritchie, WP. ALKALINE REFLUX GASTRITIS. LATE RESULTS ON A CONTROLLED TRIAL OF DIAGNOSIS AND TREATMENT.
Ann Surg, may, 1986; 203(5): 537-44.
- 27.-Welch, N; Yosuí, A; Choong, K. EFFECT OF DUODENAL SWITCH PROCEDURE ON A GASTRIC ACID PRODUCTION, INTRAGASTRIC pH, GASTRIC EMPTYING AND GASTRODUODENAL HORMONS.
Am J Surg, jan, 1992; 163: 37-43.
- 28.-DeMeester, T; Fuchs, K; Ball, C. EXPERIMENTAL AND CLINICAL RESULTS WITH PROXIMAL END TO END DUODENOJEJUNOSTOMY FOR PATHOLOGIC DUODENOGASTRIC REFLUX.
Ann Surg, oct, 1987; 206(4): 414-26.
- 29.-Miedema, B; Kelly, K. THE ROUX OPERATION FOR POSTGASTRECTOMY SYNDROMES.
Am J Surg, feb, 1991; 161:256-61.
- 30.-Jamieson & Duranceau. GASTROESOPHAGEAL REFLUX Saunders, edic. Philadelphia 1988.
- 31.-Whitehead, D. GASTRITIS IN MUCOSAL BYOPSY OF THE GASTROINTESTINAL TRACT, SAUNDERS, 4Th; 1990. Philadelphia: 5:78