

11209
2 ej 126

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

TEMA:

OPERACION DE NISSEN EN EL TRATAMIENTO DE LA
ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTRO ESOFAGICO Y
PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS

[Handwritten signature]
DR. FERNANDO ROMERO FERNANDEZ
COORDINADOR DE ENSEANZA
ORIGINAL FIRMADO

Vobo
[Handwritten signature]

TESIS PRESENTADA POR:
SERGIO PEDRO SANTIAGO
PARA OBTENER EL TITULO
DE CIRUJANO ESPECIALISTA

PROFESOR TITULAR DEL CURSO:

DR. OSCAR DIAZ GIMENEZ.

SEDE: HOSPITAL CENTRAL NORTE
DE CONCENTRACION NACIONAL PEMEX.

OFICINA COORDINADORA
DE ENSEANZA
★ FEB. 10 1988 ★
HOSPITAL CENTRAL

PAULA DE CAMPOS

ENERO DE 1988



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.

OPERACION DE NISSEN EN EL TRATAMIENTO DE LA ESOFAGITIS POR REFLUJO GASTROESOFAGICO, Y PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS.

Estudio retrospectivo de 7 y medio años.

Se estudiaron 36 casos de pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, de los cuales 17 tuvieron patología asociada. En los 36 se realizó Operación de Nissen y en 18 se efectuó otro procedimiento (colecistectomía, vagotomía-piloroplastia, dilataciones esofágicas, etc.).

Fueron 24 hombres y 12 mujeres. El rango de edad fue de 3 a 75 años, con media de 47 años.

Los procedimientos auxiliares en el diagnóstico fueron: radiología en 34 casos, endoscopia en 27. Se tomó biopsia preoperatoria en 12.

Los resultados de la operación de Nissen fueron satisfactorios en 30 pacientes, y en los 6 restantes se consideró fracaso de la misma por persistencia de la sintomatología. En 12 casos se observó disfagia transitoria y dificultad para eructar en 2.

INTRODUCCION.

El tratamiento de la esofagitis por reflujo gastroesofágico ha mejorado gracias a los adelantos de la medicina y Cirugía durante las últimas décadas. Anteriormente esta entidad se manejaba en forma empírica al desconocer la fisiopatología de la misma, e incluso en algunas ocasiones dañino para el paciente. Antes de 1900 el diagnóstico clínico no era posible, y hasta el advenimiento de métodos auxiliares como son: la radiología, endoscopia, medición de pH gástrico, manometría, etc., fue posible el diagnóstico correcto y evaluación para una terapéutica efectiva para este padecimiento. - (16, 20, 24, 30, 32)

Actualmente se indica primeramente manejo médico, siempre y cuando el problema no sea muy avanzado, recomendando medidas higiénicas y dietéticas, dejando la cirugía cuando se presentan complicaciones secundarias. - Ya en estas circunstancias, el manejo es más difícil, y con frecuencia se reportan complicaciones secundarias a la intervención quirúrgica, que llevan a reintervenir - al paciente. (8,10,11 17,18,23,27, 32).

OBJETIVOS:

1. Evaluar los resultados de la Operación de Nissen en el tratamiento de la esofagitis por reflujo - gastroesofágico.
2. Evaluar las secuelas secundarias al mismo.
3. Evaluar si aumenta la morbimortalidad cuando se realiza otro procedimiento asociado al mismo.
4. Evaluar la eficacia de los métodos auxiliares - empleados como apoyo en el diagnóstico .
5. Comparar los resultados obtenidos en nuestro - servicio con los reportados en la literatura.

MATERIAL Y METODOS.

Se realizó un estudio retrospectivo de 7 años y medio, en 36 pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico en quienes se realizó la operación de Nissen, en el servicio de Cirugía General del Hospital Central Norte de Concentración Nacional de Petróleos Mexicanos (del 10. de enero de 1980 al 30 de junio de 1987). A 18 de estos - pacientes se les efectuó otro procedimiento durante el acto quirúrgico.

La población estudiada fue de 24 hombres y 12 mujeres. El rango de edad en los pacientes del sexo masculino fue de 3 a 68 años, con media de 46 años, desviación estándar (ds) de 10.7 años; y en el grupo del sexo femenino - el rango comprendió de 32 a 71 años, con desviación estándar de 14.3 años, y promedio de 50 años. El promedio de

edad global de la población fue 47 años, y desviación estandard de 13.9 años (Gráfica 1.)

La sintomatología más frecuentemente referida, - en orden de frecuencia fue: pirosis en 29 casos, regurgitaciones en 19, dolor retroesternal en 15, etc. -- (cuadro 1)., y la duración de la misma fue: en 17 pacientes : hasta cuatro años; en 10 casos la duración fue de 4 a 8 años; en 4 casos de 8 a 12 años; en 3 casos fue de 12 a 16 años, y en 2 casos la sintomatología referida fue de más de 16 años. Durante dicho lapso, - todos recibieron tratamiento médico y medidas higiénico-dietéticas.

Se encontró que en 18 casos hubo asociación con - alcoholismo, , en 17 con tabaquismo, en 3 diabetes mellitus, en 2 hipertensión arterial sistémica y en 1 colitis ulcerativa crónica inespecífica.

Se realizó serie esófagogastroduodenal en 34 casos, encontrando hernia hiatal en 30, reflujo gastroesofágico con maniobras en 10, cambios sugestivos de esofagitis en 6, úlcera duodenal en 7, anillo de Schazky en 5, ondas terciarias en 2; úlcera esofágica en 4, litiasis vesicular en 1, estenosis esofágica en 2; y sin patología - aparente en 4.

Se realizó endoscopia en 27 casos, reportando esofagitis grado I-II en 17, grado III-IV en 8, estenosis en 4, reflujo en 3, anillo de Schazky en 3, gastritis en 2, duodenitis en 1, y úlcera esofágica en 1. e incluye a - los pacientes que radiológicamente no presentaron patología.

Se tomó biopsia en 12 casos, que reprotaron: epitelio de Barret en 5, esofagitis crónica en 4, úlcera esofágica en 1, y en 2 se reportaron como normales. Estos dos últimos se operaron por sintomatología, y que endoscopia reportó esofagitis . (cuadro 2)

Durante el transoperatorio se efectuó otro procedimiento agregado, según la patología asociada, como son: úlcera duodenal, litiasis vesicular, diafragmas pilóricos, estenosis esofágicas, etc. (cuadro 3)

TECNICA QUIRURGICA.

En todos nuestros pacientes se realizó la funduplicatura según la técnica de Nissen (15). El abordaje se realiza por vía abdominal mediante una incisión - supraumbilical, en la línea media hasta la cavidad abdominal. Se realiza exploración de los órganos intraabdominales, así como del hiato esofágico. Se rechaza lóbullo izquierdo del hígado y se identifica la membrana frenoesofágica, disecando la misma, disección y referencia del esófago, protegiendo previamente el bazo con compresa de vientre. Se respetan los vagos (si es que no se realizará vagotomía), el siguiente paso es la - disección del epiplón gastrohepático y ligadura de la coronaria estomáquica; se ligan 2 o 3 vasos cortos, y se pasa el fondo gástrico por detrás del esófago para realizar la funduplicatura con seda 0, colocando de 3 a 4 puntos seromusculares gastro-esófago-gastrico, a nivel de la unión gastroesofágica en un área como de 3 cm., y un punto más gastro-gastrico, a fin de que - la plastia no se deslice. Se feruliza previamente a - la colocación de los puntos el esófago con sonda Fouché 16 Fr y Levin 18 Fr. Si se realizan dilataciones en - este tiempo, se usan dilatadores Hurts 40-44, y asimismo sirven de férula. Se verifica hemostasia. Y se realiza el procedimiento asociado de acuerdo a las condiciones y patología encontrada en el paciente. Posteriormente, se cierra la pared por planos.

El MANEJO post operatorio consiste en ayuno, sonda Levin a succión baja durante 3-4 días, inicio de la vía oral con líquidos al 5o. día, y egreso de hospita-

lización al 60. día , y control por consulta externa en forma periódica con nueva endoscopia y serie esófago gastroduodenal. Ocasionalmente se indican antimicrobianos si el caso lo amerita.

R E S U L T A D O S .

A los 36 pacientes se les realizó Operación de - Nissen, y a 18 se les realizó otro procedimiento.

En 30 pacientes la cirugía se considera exitosa - por desaparición de la sintomatología previa. En 6 casos no fue satisfactoria por persistencia de la - sintomatología.

Se reintervinieron 2 pacientes, en uno se efectuó gastropexia anterior, y en el otro, se realizó - nuevamente la funduplicatura y se cerraron los pilares del diafragma, actualmente asintomáticos.

Los 4 restantes no aceptan reintervención y - siguen indicaciones médicas, uno de ellos no sigue - las indicaciones higiénico dietéticas.

12 pacientes presentaron disfagia transitoria - (hasta 3 meses), 2 con burbuja retenida, 3 con hernia post incisional, 2 con estómago retencionista (1 Operado de vagotomía piloroplastia y otro únicamente de Nissen), y en el post operatorio mediato, 1 presentó neumonía y otro infección de vías urinarias, resultas con manejo médico.

Se reintervino un paciente por hemoperitoneo en el postoperatorio inmediato, encontrando sangrado de la - coronaria estomáquica; y otro por estómago retencionista (operado de vagotomía piloroplastia asociada), realizando gastroyeyunoanastomosis). En un paciente se lesionó accidentalmente el bazo, y ameritó esplenectomía.

Actualmente 5 pacientes cursan asintomáticos desde hace más de 6 años, 8 de ellos a los 5 años; 15 a los 4, 21 a los 3, 26 a los 2 años, y 32 a un año. (cuadro 4).

DISCUSION.

Según los diversos estudios, la esofagitis por - reflujo gastroesofágico se asocia con frecuencia a la hernia hiatal, sin embargo estas entidades pueden o - no coexistir (11,32,33). En nuestro estudio encontramos esta asociación en 30 pacientes, mientras en 4 - no hubo tal asociación radiológica.

Aún se especula acerca de los mecanismos que mantienen la competencia del esfínter esofágico inferior, pues anatómicamente no se ha demostrado tal estructura anatómica, sino una serie de factores, como son el nivel de la inserción de la membrana freno esofágica, la longitud del segmento esofágico intraabdominal, los pilares del diafragma, el ángulo de His, pero manométricamente, definitivamente existe una zona de alta presión que evita el reflujo del contenido gástrico hacia el esófago (1,11, 12,24, 30); y al fallar este mecanismo es cuando se presenta la patología objeto del presente estudio, así como las complicaciones secundarias al mismo (estenosis esofágica, úlcera esofágica, perforación) mismas que por sí mismo requieren manejo intervencionista (cirugía antirreflujo, dilataciones); y cuando estas no se encuentran, siempre es de elección el manejo médico, con lo cual se controla esta patología en aproximadamente un 90% de los casos según los diferentes autores, y solo cuando este fracasa hay necesidad de intervención quirúrgica (11,14,16, 19, 30, 32,33).

No debemos olvidar que antes de emprender todos los estudios paraclínicos, y de gabinete que en la actualidad están a nuestro alcance, siempre estará en primer lugar la historia clínica correspondiente, puesto que de pasarla por alto, algunos datos podrían desviar - nuestra atención y equivocarnos en el diagnóstico y - tratamiento de nuestro paciente. Los padecimientos que deben descartarse son varios, como son: la enfermedad ácido péptica, calasia, esclerodermia, enfermedades - respiratorias, coronarias, etc. (12, 20, 26, 31, 32)

Durante la evaluación preoperatoria, los métodos auxiliares en el diagnóstico de mayor utilidad en - nuestro medio son: la radiología, mediante la serie esofagoduodenal, por las imágenes que se observan (úlceras, estenosis, hernia hiatal, reflujo). En 30 de nuestros pacientes el estudio nos fue útil. Otro - procedimiento muy importante es la endoscopia, puesto que objetivamente se aprecian los cambios en la mucosa esofágica, y asimismo nos permite la toma de biopsia para descartar posibles neoplasias al tomar muestra de zona sospechosa. De nuestros 27 casos, en 25 se reporta cambios inflamatorios y otros procesos secundarios y en 12 de los mismos, la biopsia llevado a cabo, nos reportó cambios en la mucosa ya sospechados por clínica y endoscopia. Se mencionan otros métodos como son: manometría esofágica (tono normal del esfínter de 15-30 mmHg), medición del pH esofágico, prueba de Berstein, etc. (5, 12, 16, 24, 23, 26) Sin embargo, siempre hay que tener en mente que son complementarios unos de otros, como ya se muestra en el estudio presente.

En nuestro servicio se realiza la funduplicatura de Nissen, y pr vía abdominal, ya que esta técnica es la que reporta mejores resultados, comparados con las

reportadas con otros autores como son la operación de Hill, Belsey MARCK IV, etc., y asimismo nos permite explorar la cavidad, y detectar otros problemas y efectuar otros procedimientos como los señalados en nuestro estudio, y que no podrían realizarse por vía torácica (3, 4, 15, 22, 23, 25).

Algunos autores proponen el abordaje por tórax, y reportan buenos resultados, e incluso si tienen - que reintervenir al paciente por falla del mismo, posterior a algún procedimiento abdominal. No hemos realizado el procedimiento en nuestros pacientes por esta vía, excepto en casos de estenosis esofágica severa, y que ameriten otro tipo de cirugía. (4, 17, 7, 18, 27, 33, 21, 34.)

Como en todo procedimiento quirúrgico, la funduplicatura de Nissen no está exenta de complicaciones, e incluso fracaso. En nuestros casos, se observaron 6 fracasos, de los cuales 2 fueron reoperados. Estos resultados son similares a los reportados en la literatura, incluyendo la incidencia de complicaciones como son la disfagia transitoria, síndrome de burbuja retenida, estómago retencionista, síndrome de vaciamiento rápido, hernias post incisionales. El manejo es variable en cada paciente, y algunos no aceptan nueva cirugía, u - otro procedimiento como son las dilataciones esofágicas, endoscopia.

También en casos de fracaso se han reportado para el manejo de estas eventualidades procedimientos alternativos y combinaciones como son: combinación Hill-Nissen, cierre de pilares, Op. de Thal, e incluso - cuando la funduplicatura se asocia a miotomías de Heller, esofagogastronastomosis. (2, 6, 8, 9, 13, 15, 18, 29, 34, 35).

Cuando existe una zona sospechosa de malignidad, es indispensable la toma de biopsia, con el fin de identificar las diversas patologías como son: cáncer de esófago, esófago de Barret, o inflamación únicamente), que en ocasiones se aprecian simultáneamente al reflujo gastroesofágico. (28, 30, 32, 33).

CONCLUSIONES.

La operación propuesta por Nissen en 1955 da resultados satisfactorios en la mayoría de los casos, con pocas complicaciones, y no requiere sofisticaciones para realizarse. Como ya se mencionó en nuestra experiencia es mejor el abordaje abdominal, y brinda además la oportunidad de efectuar otras cirugías.

Las secuelas más frecuentes encontradas son: - disfagia transitoria, síndrome de burbuja atrapada, - estómago retencionista, hernia postincisional, que no son incapacitantes. Las recidivas, probablemente se deban a mala técnica, más que al procedimiento en sí.

No se aprecia aumento en la morbimortalidad al efectuar otro procedimiento, aún cuando se abre el tubo digestivo. De los 36 pacientes, solo se observaron: infección de vías urinarias y neumonía, resueltas con antimicrobianos. En un caso se presentó lesión esplénica y en otro sangrado postoperatorio, complicaciones que pueden presentarse en cualquier tipo de cirugía.

Los métodos paraclínicos y de gabinete son de gran utilidad, y se complementan. Deben emplearse si se tienen y darles la interpretación adecuada.

Los resultados encontrados son similares a los reportados en la literatura, efectuándose en forma segura los procedimientos y cirugías asociadas, como en nuestra población, por lo que debe seguirse utilizando esta técnica (Operación de Nissen).

BIBLIOGRAFIA

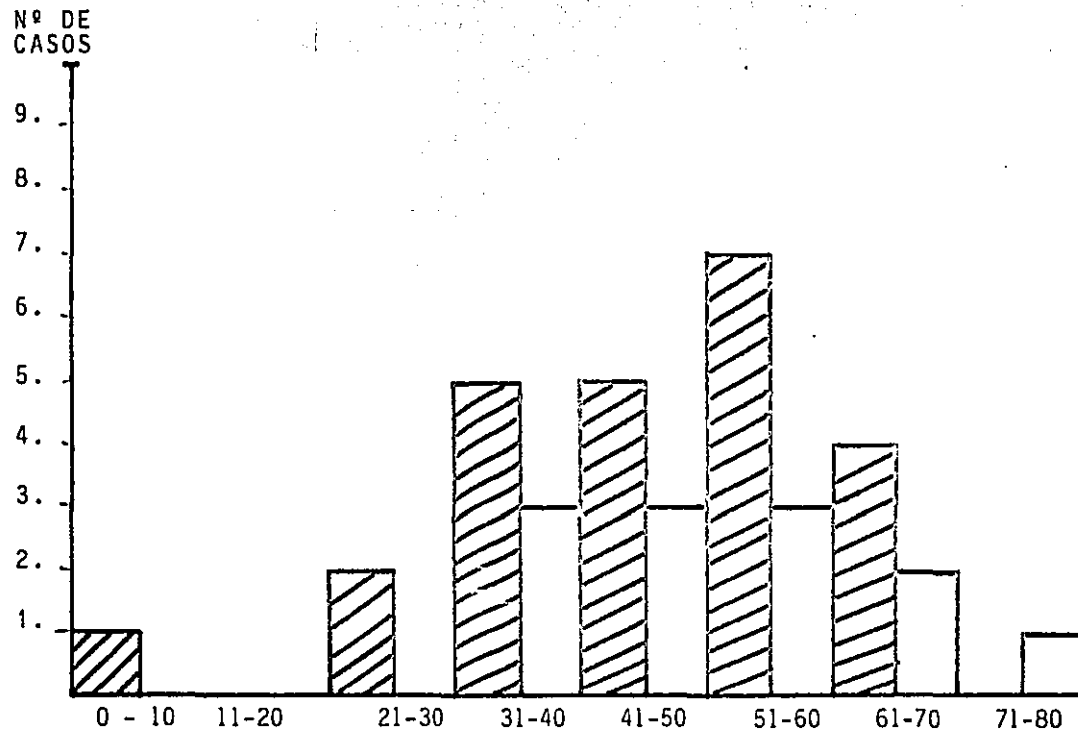
1. Anson & McVay. Surgical Anatomy. WB Saunders Co. Philadelphia USA. 1984. Sixth ed.
2. Ashcraft KW. The Thal funduplication for gastroesophageal reflux. J Pediatr Surg 1984, 19 (4): 480-3
3. Bjerkeser T et al. Effect of Nissen fundoplication operation on the competence of the lower esophageal sphincter. Scand J Gastroenterol 1980. 15(2): 213-7
4. Cervantes Hdez et al. Tratamiento quirúrgico de la hernia hiatal. Análisis de 3 años. Rev. Gastroenterol de Méx. 1983 48(2): 71-6
5. Cortesini C, Pucciani F. Usefulness of combined gastric and esophageal pH monitoring in detecting gastroesophageal alkaline and mixed reflux. Eur Surg Res 16 (16): 278-83 1984
6. Duranceau D., et al. Effects of total funduplication on function of the esophagus after myotomy for achalasia. Am J Surg 1982. 143:22-8
7. Ellis FH, Cruzier RE REflux control by funduplication. Ann Thorac Surg 1984. 38(4): 387-92
8. Gregone HB. et al Surgical treatment of intractable esophagitis . Ann Surg . 1964; 199(5): 580-9
9. Gutierrez SAmperio C. et al. Acalasia del esofago. Cardiomiectomía y funduplicación. Rev. Gastroenterol Méx. 1983. 48 (2); 65-70
10. Hatton et al. Surgical management of the failed Nissen Am J Surg. 1984. 148: 760-3
11. Hardy JD. et al. Cirugía. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires, 1985. 1a. ed
12. Holder TM et al. Cirugía Pediátrica. Nueva Edit Interamericana, Méx. 1984. 1a. ed.
13. Hopkins RA. et al. Stapled esophagogastric anastomosis Am J Surg. 1984; 147: 283-7
14. Jamieson G G et al. The physiologic basis for medical management of gastroesophageal reflux. Surg Clin of North Am 1983, 63(4). 841-51

15. Jamieson GG. et al. What is a Nissen funduplicacion? Surg Gin & Obst 1984, 159: 591-3
16. Josell G., & De Mestier PH. Comparison of diagnostic methods for selection of patient for antireflux operations. Surgery, 1984. 95(1) 2-5
18. Maher JW et al. REoperations for esophagitis following failed antireflux proceduives. Annals of Surgery 1985; 201: 723-7.
17. Maher J. Supradiaphragmatic funduplicación: Am J. of Surg. 1984. 147: 181-6.
19. Mc Callum RW. et al Metoclopramide in gastroesophageal reflux disease. Am J Gastr. 1984. 79: 165-71
20. Movschenson PM et al. Effect of hyperparatiroidism and hipercalcemia on lower esophageal sphincter pressure. The Am J Surg 1982; 143: 36-9
21. Menguy et al. A Modified funduplication wich preserver the ability to blech. Surgery. 1976. 84: 301-7
22. Negroe JB et al. Nissen funduplication. Am J Surg. 1983; 146:635-8
23. Orringer MB. et al. The combined Collis-Nissen. Ann Thorac Surg. 1982; 33(6): 534-9
24. O'Sullivan GC et al. Interaction of lower esophageal sphincter pressure and length sphincter in the abdomen as determinants of gastroesophageal competence. Am J Surg. 1982 ; 143: 40-7
25. Pérez Fernández L. et al. REflujo Gastroesofágico en niños. Bol Med Hosp Infant Méx. 1985; 42(4): 256-64
26. Ramírez Mayans et al. Enfermedad por reflujo gastroesofágico en niños. Bol Med. Hosp Infant Mex 1983; 401(12): 663-9
- 27 Richardson FD et al. Intrathoracic funduplication for shortened esophagus. Am J Surg. 1982 , 143: 29-35
28. Sarr MG. Barret's Esophagus. Its prevalence and asso-

- ciation with adenocarcinoma in patients with symptoms of gastroesophageal reflux. Am J Surg 1985, 149: 187-93.
29. Schmidt et al. Nissen' operation in the encephalopathic infant. Chir Pediatr. 1986; 27(3): 138-42
 30. Skinner et al. Gastroesophageal reflux and hiatal hernia. Little Brown and Co. Boston USA, 1972; 1a ed
 31. Vinocur Ch D et al. Gastroesophageal reflux in the infant with cystic fibrosis. Am J Surg. 1985, 149: 182-6
 32. Vilalobos et al. Gastroenterología. Méndez Oteo ed. Méx. 1986. 3a. ed.
 33. Gutiérrez SAmperio et al. Fisiopatología Quirúrgica del Aparato Digestivo. Ed Manual Mcdermo, 1988. 1ª edición.
 34. Díaz Giménez O. Estenosis esofagica benigna. Tratamiento Quirúrgico. Cirugia y Cirujano 1983. 51 (41)
 35. Díaz Giménez O. Estenosis esofágica alternativa de tratamiento en padecimientos del aparato digestivo Edit. Asoc. Mex. de Gastro 1981 (51).

ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO.
GRAFICA 1.

GRUPOS DE EDAD Y SEXO.



EDAD Y SEXO EN AÑOS:



C U A D R O N o . 1
REFLUJO GASTROESOFAGICO
SINTOMATOLOGIA

PIROSIS:	29 casos.
REGURGITACIONES:	19 "
DOLOR RETROESTERNAL:	15 "
AGRURAS:	15 "
DISFAGIA:	2 "
ERUCTOS FRECUENTES:	2 "
NAUSEA:	2 "
PERDIDA DE PESO	1 caso
DISPEPSIA:	1 "
ATAQUE AL ESTADO GENERAL:	1 "

C U A D R O No. 2
REFLUJO GASTROESOFAGICO
ESTUDIOS DE GABINETE Y PARACLINICOS

SERIE ESOFAGO GASTRODUODENAL		ENDOSCOPIA		ESTUDIO ANATOMO PATOLOGICO
HERNIA HIATAL:	30	ESOFAGITIS LEVE A MODERADA:	17	ESOFAGITIS: 4
REFLUJO G.E.	10	ESOFAGITIS SEVERA:	8	EPITELIO DE BARRET: 5
ESOFAGITIS:	6	ESTENOSIS	4	ULCERA ESOF: 1
ULCERA ESOF:	4	REFLUJO GASTRO ESOFAGICO:	4	NORMAL: 2
ESTENOSIS:	2	ULCERA ESOFAGICA:	1	
ANILLO DE SCHAZKI:	5	NORMAL:	2	
ONDAS TERCARIAS:	2			
ULCERA DUODENAL:	7			
NORMAL:	4			

C U A D R O N o. 3
 OPERACION DE NISSEN Y
 PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS
 36 PACIENTES

VAGOTOMIA- PILOROPLASIA:	6
COLECISTECTOMIA:	3
DILATACIONES ESOFAGICAS:	3
CIERRE DE PILARES:	2
COLECISTECTOMIA Y MIOMECTOMIA:	1
ESPLENECTOMIA Y PLASTIA UMBILICAL:	1
PILOROPLASTIA:	1
GASTROSTOMIA:	1
TOTAL:	18

C U A D R O No. 4
 PACIENTES SIN SINTOMAS
 DE REFLUJO GASTROESOFAGICO
 TIEMPO DE EVOLUCION

MENOS DE 1 año;	6 casos*
DE 1 A 2 años;	5 casos
DE 2 A 3 años;	6 casos*
DE 3 A 4 años;	7 casos
DE 4 A 5 años;	3 casos
MAS DE 5 años;	5 casos
TOTAL:	32 casos

* INCLUYE 2 CASOS DE PACIENTES REOPERADOS.