

1120951
91



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**MORBIMORTALIDAD DE ASCENSOS
GASTRICOS EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN
EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO LA RAZA**

T E S I S
PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:
CIRUGIA GENERAL

PRESENTA EL MEDICO CIRUJANO:
SANDRA PATRICIA MONDRAGON ROMAN



MEXICO., D. F.

FEBRERO 1997

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.



no. 1116

DIVISION DE EDUCACION
E INVESTIGACION MEDICA

DR. ARTURO ROBLES PARAME
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION DEL H.E.C.M.R.

DR. JOSE FENIG RODRIGUEZ
JEFE DE CIRUGIA GENERAL Y PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
POSTGRADO DE CIRUGIA GENERAL

DR. ARTURO VELAZQUEZ GARCIA
ASESOR DE TESIS

DEDICATORIA

A DIOS GRACIAS POR PERMITIRME CONCLUIR LA ESPECIALIDAD Y DARMELA OPORTUNIDAD DE SER CADA DIA MEJOR.

CON TODO EL AMOR QUE UN SER ES CAPAZ DE DAR, DOY GRACIAS A MI MADRE POR BRINDARME LA VIDA MISMA, POR SUS DESVELOS, POR SU TRABAJO, POR SU CANSANCIO, POR SU AMOR, POR SUS CONSEJOS Y APOYO INCONDICIONAL.

A MI PADRE POR ESE AMOR TAN GRANDE QUE ME HA DADO, POR SUS CONSEJOS, Y EJEMPLO DE SUPERACION CONSTANTE.

A MIS HERMANOS POR SU APOYO, AMOR Y COMPRESION, MIL GRACIAS.

**AL DR. ARTURO VELAZQUEZ GARCIA.
POR SU AMISTAD, POR SU APOYO INCONDICIONAL EN MI FORMACION
COMO CIRUJANO Y EN LA REALIZACION DE ESTE TRABAJO Y POR
ENSEÑARME A SER ALEGRE AUN EN LOS MOMENTOS DIFICILES.**

**A TODOS LOS MEDICOS QUE PARTICIPARON EN MI FORMACION
COMO CIRUJANO, GRACIAS POR SU PACIENCIA Y TIEMPO DEDICADO.**

**AL DR. JOSE FENIG RODRIGUEZ.
JEFE DE CIRUGIA.
POR SU PREOCUPACION EN LA FORMACION DE NUEVOS CIRUJANOS.**

Morbimortalidad de Ascensos Gástricos experiencia de 5 años en el Hospital de Especialidades Centro Médico la Raza.

Mondragón R.S., Velázquez G.A. Instituto Mexicano del Seguro Social. Cirugía General.

Introducción. El estómago es el órgano de elección para sustituir el esófago, esto por las siguientes razones, involucra la ejecución de una sola anastomosis requiere únicamente de la arteria plébrica y gastroepiploica derecha como única fuente de irrigación para el estómago trasplantado, así como su elasticidad permite alcanzar el nivel necesario, menor tiempo quirúrgico, esto a su vez disminuye la morbimortalidad.

Objetivo: Conocer la morbimortalidad del Ascenso Gástrico en el servicio de cirugía general en el Hospital de Especialidades Centro Médico la Raza en un período de 5 años

Materiales y Métodos: Se revisaron expedientes clínicos de pacientes intervenidos quirúrgicamente de Ascensos Gástricos en un periodo de 5 años, sin importar la patología por la cual se indicó la cirugía, el tipo de estudio es retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional, los criterios de inclusión son: que hayan sido intervenidos quirúrgicamente en el Hospital de Especialidades Centro Médico la Raza . ambos sexos, con un mínimo de 10 días de estancia intrahospitalaria, y que constaran con expediente clínico.

Resultados. 16 pacientes intervenidos de ascenso gástrico de los cuales 8 solamente contaban con expediente clínico Sexo: (Hombre-Mujer) la media de la edad 57 años, la indicación de cirugía fue de 50% en patología benigna y 50% en patología maligna. La técnica más utilizada fue la operación de Akyama. Morbilidad 62.5% y una Mortalidad del 12.5%. El seguimiento que se les dio a los pacientes actualmente vivos es de 18 meses.

Conclusión: La morbimortalidad del ascenso gástrico fue alta comparada con la de otras series, esto por el número tan pequeño de la muestra. Es importante el seguimiento del paciente para corroborar la efectividad a largo plazo del ascenso gástrico tanto en patologías benignas como en malignas de Esófago.

**MORBIMORTALIDAD DE ASCENSOS GASTRICOS
EXPERIENCIA DE 5 AÑOS
EN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO LA RAZA**

INVESTIGADORES

**DRA. SANDRA PATRICIA MONDRAGON ROMAN
RESIDENTE DE IV GRADO EN CIRUGIA GENERAL**

**DR. ARTURO VELAZQUEZ GARCIA
CIRUJANO GENERAL DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES**

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.
TELEFONO. 724-59-00**

INDICE

RESUMEN	1
SUMMARY	2
INTRODUCCION	3
MATERIAL Y METODOS	5
RESULTADOS	6
CONCLUSIONES	15
BIBLIOGRAFIA	17

Resumen

Objetivo. Conocer la morbilidad y mortalidad del ascenso gástrico en el servicio de Cirugía General del Hospital de Especialidades Centro Médico la Raza.

Diseño. Retrospectivo, transversal, descriptivo, observacional.

Materiales y Métodos. Se revisaron expedientes en el archivo clínico de todos los pacientes intervenidos de ascenso gástrico sin importar patología previa esofágica con expediente clínico y cuya estancia hospitalaria postquirúrgica de por lo menos 10 días

Resultados: 15 pacientes intervenidos en 5 años de los cuáles únicamente 8 contaban con expediente clínico. Encontrando: 62.5% masculinos, 37.5% femeninos, edad promedio 57 años. La indicación quirúrgica 50% maligna y 50% por patología benigna. Las complicaciones inmediatas fueron lesión pleural (4) y traqueal (1) esto es un 62.5%, con una mortalidad del 12.5%

Conclusión: Se encontró que la mortalidad y la morbilidad fueron mayores que en la literatura consultada. Esto explicado por el número tan pequeño de la muestra (8 pacientes). Que las complicaciones son las mismas reportadas en la literatura. Y que el estómago sigue siendo el órgano de elección para sustituir el esófago.

Palabras claves

Morbilidad

Mortalidad

Ascenso gástrico

Summary

Objective. to know the morbimortality the pull up Gastric in surgery general service of H.E.C.M.R.

Draw: Retrospec transverse descriptive observational.

Method and Material: Patients records with intervention the pull up Gastric were revised as year period.

Esophagegic pathology without to import Oneself.

The inclusion criterion, patients, both sex, with clinic expedient; and hospitable sojourn of 10 day.

Result: surg operation in 5 years 16 patient. Expedient clinic 8 to count on , relation woman, Man 3 a 1, 62.5% male and 37.5 woman, middle ages 57 years, 50% pathology benign and 50% pathology malign.

The morbimortality 62.5% and 12.5%

Conclusion: The tasa morbimortality of in and sex larger which the report in literature review, explicable by that number small sample. The complication sound the same report in literature review. Necessary realice persult the pull up gastric rear unidata that pull up gastric why substitute the esophagegic.

Key words

Morbimortality

Pull up Gastric

Introducción

En 1894 Bircher, utilizó por primera vez tubos pediculados de piel para sustituir el esófago, desde el cuello hasta el estómago y en 1917, Esser usó injertos libres de piel con el mismo fin. En 1907, Roux Logró el primer trasplante yeyunal y a partir de entonces continuaron ensayando con el mismo órgano.⁽¹⁾ En México, Darío Fernández en 1929, Ayala González en 1938, intervinieron algunos casos con éxito. En 1944 Yudían sumariizó la experiencia de sus antecesores y la suya propia contemplando con algún optimismo las posibilidades del procedimiento., sin embargo 4 años después se mostraron muy pesimistas al respecto ⁽²⁾.

En 1905 Beck y Carrell, casi simultáneamente con Jianu y Helpers, llevaron al estómago, o tubos confeccionados con la pared del mismo, hasta el cuello, para formar sustituciones parciales, que a menudo tuvieron que completarse con piel. Todos estos trasplantes se hicieron por vía subcutánea ⁽³⁾.

En 1938 Phemister inicia colocándolo en el interior del tórax.

Diez años más tarde, Garlock y Sweet llevaron al estómago hasta la faringe, por la misma vía. En 1950-1960 se intentó en muchas ocasiones suplir el esófago con injertos heterólogos, pero casi ninguno resultó útil más allá de unos meses, la dehiscencia de la unión entre el material inerte y el vivo fue causa de una enorme mortalidad ⁽⁴⁾.

Otro de los órganos usados para sustitución esofágica ha sido el colon en sus diferentes porciones El estómago es en forma especial el reemplazo más confiable del esófago ⁽⁵⁾ ⁽⁶⁾. Por las siguientes razones, involucra la ejecución de una sola anastomosis, requiere únicamente de la arteria pilórica y la gastroepiploica derecha como única fuente de irrigación para el estómago transpuesto, así como su elasticidad permite alcanzar el nivel necesario. ⁽⁶⁾ ⁽⁷⁾. Es por esto que el ascenso gástrico es efectivo,

seguro con baja morbilidad y excelente funcionalidad ⁽¹⁾ El estómago se puede emplear con la técnica de Akiyama (estómago sin la región cardial y la mitad proximal de la curvatura menor) o con la técnica de Sugimachi (tubo gástrico isoperistáltico); el estómago in toto y el tubo gástrico antiperistáltico han sido abandonados casi por completo, el primero por los problemas de compresión en el mediastino y el segundo por problemas vasculares.

En la operación de Akiyama el estómago es irrigado por dos arterias, la gástrica derecha y la gastroepiploica derecha, y el sitio más alto para efectuar la anastomosis está entre el ápice del fondo gástrico y los vasos cortos ⁽¹⁾⁽²⁾.

Las complicaciones se clasifican en inmediatas y mediatas, siendo las inmediatas las siguientes: Lesión del nervio recurrente, hemorragia, fístula traqueal y de la anastomosis, quilotórax, así como neumotórax.

En las inmediatas, con una morbilidad de 22.7% y 25% cuando las anastomosis Esofagogástrica fue intratorácica.

Las complicaciones tardías son: estenosis, disfagia, regurgitación (25%) diarrea postvagotomía, fístula gastrobronquial, cuadros de broncoaspiración. ⁽³⁾⁽⁴⁾

Las patologías en las cuales se utiliza el ascenso gástrico como sustituto esofágico son las siguientes en orden de frecuencia: Cáncer de esófago, esofagitis por cáusticos, esófago de Barrett con displasia, atresia de esófago, cáncer primario de cuerdas vocales con infiltración a esófago, traumatismo esofágicos, neoplasias laríngeas, megasesófago en acalasia y otras menos frecuentes. ⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾

La mortalidad reportada en la literatura mundial es 3,2% ⁽⁸⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾

Material y Métodos.

Se revisaron expedientes clínicos, 1° de enero 19 90 al 31 de diciembre 19 95 de pacientes intervenidos quirúrgicamente de ascenso gástrico sin importar la patología por la cual se indicó la cirugía, los criterios de inclusión fueron que hayan sido intervenidos quirúrgicamente en el Hospital de Especialidades Centro Médico la Raza, que contaran con expediente clínico y que su estancia fuera por lo menos de 10 días contenidos en el expediente clínico.

El análisis estadístico univariado se efectuó mediante medidas de tendencia central, únicamente por ser una muestra pequeña.

Resultados

De el total de los pacientes estudiados, únicamente 8 contaron con expediente clínico en 5 años. Y se encontró que de los 8 pacientes 6 corresponden al sexo masculino y 2 al sexo femenino con una relación 3 a 1. La edad mínima de 20 años y la máxima de 70 años con una media 57 años. La indicación de cirugía fue tanto para patología benigna como maligna, 50% para cada una de ellas. La técnica usada fue la operación de Akyama. Con una morbilidad del 62.5% y una mortalidad del 12.5%, con 16.25 días de estancia en promedio.

Ascenso gástrico		
Indicación quirúrgica más frecuente		
Padecimiento	Frecuencia	%
Benigno	4	50.0
Maligno	4	50.0
Total	8	100.0

Tabla 1

Las patologías por las que se indico el tratamiento de sustitución esofágica, fueron 50% benignas y 50% malignas .

Seguimiento

① finado AT

② no

③ sí

④ sí

⑤ sí

⑥ no

⑦ defunción postoperatoria

⑧ sí

50% con seguimiento

50% sin seguimiento

Ascenso Gástrico		
Patologías más frecuentes		
	No.	%
Adenocarcinoma	2	25.0
Cáncer epidermoide	2	25.0
Estenosis por R.G.E.	1	12.5
Esófago de Barrett	1	12.5
Estenosis secundaria a cáusticos	1	12.5
Megaeosófago por Acalasia	1	12.5
Totales	8	100.0

Tabla 2

Las patologías observadas en el estudio, tienen la misma relación en orden de frecuencia que la observada en la literatura consultada

Ascenso Gástrico		
Complicaciones Transoperatorias		
Complicación	Frecuencia	%
Ninguna	3	37.5
Neumotórax	4	50.0
Lesión traqueal	1	12.5
Total	8	100.0

Tabla 3

El porcentaje de las complicaciones fue mayor que el reportado en la literatura, esto explicado por la muestra tan pequeña.

Ascenso Gástrico		
Tratamiento de las Complicaciones Transoperatorias		
Tratamiento	Frecuencia	%
Ninguno	3	37.5
Seño de agua	4	50.0
Cierre primario y Traqueostomía	1	12.5
Total	8	100.0

Tabla 4

Tratamiento empleado en las complicaciones transoperatorias

Ascenso Gástrico		
Enfermedades Asociadas		
Patología	Frecuencia	%
Ninguna	7	87.5
Hipertensión	1	12.5
Total	8	100.0

Tabla 5

De las patologías asociadas, no influyeron en la morbilidad del procedimiento quirúrgico.

Ascenso Gástrico		
Estado actual		
Estado actual	Frecuencia	%
Muerto	3	37.5
Vivo	5	62.5
Total	8	100.0

Tabla 6

Las defunciones posteriores al período postquirúrgico fueron por ser pacientes portadores de Neoplasias Malignas de Esófago.

Ascenso Gástrico		
Morbimortalidad		
Complicación	Frecuencia	%
Si	5	62.5
No	3	37.5
Total	8	100.0

Tabla 7

Las dos complicaciones más frecuentes son el neumotórax, en 4 pacientes y 1 con lesión traqueal.

Ascenso Gástrico		
Procedimiento Agregado		
Tipo de procedimiento	Frecuencia	%
Ninguno	6	75.0
Colecistectomía	1	12.5
Esplenectomía	2	12.5
Total	8	100.0

Tabla 6

Estos procedimientos se realizaron por lesión incidental de bazo y por Colecistitis Crónica Litéica.

Conclusiones

En la presente investigación se observó que la edad promedio fue de 57 años, lo cual tiene relación directa con las patologías esofágicas que ameritaron sustitución esofágica con Ascenso Gástrico, 4 (50%) neoplásicas siendo la edad de presentación de los 50 a los 60 años y 4 (50%) benignas.

Las indicaciones de sustitución esofágica con ascenso gástrico no difieren de las indicaciones ya conocidas ^{(9) (10) (11) (12)}.

Las enfermedades asociadas no influyeron con los resultados de la morbilidad del Ascenso Gástrico.

La técnica más utilizada fue la de Akiyama ⁽¹³⁾, en todos se realizó piloroplastia y yeyunostomía.

En dos pacientes se realizó esplenectomía y colecistectomía, por lesión incidental de bazo y por colecistitis litiasica.

De las complicaciones transoperatorias las más comunes fueron, el neumotórax y en un paciente lesión traqueal que no difiere de las complicaciones mencionadas en los antecedentes, otras de las complicaciones que también se presentan son: lesión del nervio recurrente, hemorragia, quilotórax siendo estas inmediatas o transoperatorias ^{(7) (8)}.

En cuanto a la morbilidad tenemos una tasa de 62.5%, mayor a la reportada en otros estudios, que es de 22.7%, que tiene relación directa con el número de la muestra, por lo que no es confiable.

En las complicaciones postoperatorias tardías se observaron transtornos en el vaciamiento gástrico, estenosis de la unión esofagogástrica, en un período de 6 a 12 meses posterior a la intervención quirúrgica.

La mortalidad fue de 12.5% secundaria a una mediatinitis por fístula esofagogástrica, la cual es

presentó durante el periodo postoperatorio mediato. Esto es, en 1 sólo paciente

Del seguimiento que se le dio, actualmente tres pacientes fallecieron por la patología per se y no por complicaciones del procedimiento quirúrgico, tres con seguimiento de 18 meses promedio y dos que se desconoce su evolución.

En cuanto a la morbilidad del ascenso gástrico no es concluyente por el número tan pequeño de pacientes.

Del ascenso gástrico es importante mencionar que sigue siendo el órgano de elección para sustituir el esófago y que aunque el estudio no es concluyente para afirmarlo es necesario llevar una estadística de los ascensos gástricos realizados en el servicio y no perder el seguimiento para confirmar que el estómago es el órgano de elección, y hacer estudios comparativos con la transposición de colon, que es otro órgano que se utiliza para sustituir el esófago.

Bibliografía

- 1.- Shackelford. *Esófago*. En: *Cirugía del aparato digestivo*. tomo 1. Editorial: Argentina Panamericana. 1992. 318-32
- 2.- William J. Blot. *Esophageal Cancer trends and Risk*. *Seminars in Oncology* 1994 august; 21 (4) : 403-410.
- 3.- Maingot Seymour I Shwartz. *Operaciones Abdominales*. Argentina . Editorial Panamericana, 1996. 600-611.
- 4.- D.C. Sabiston. *Tratado de patología quirúrgica*. tomo 1 . Editorial Interamericana. 1967. 809-822.
- 5.- Seymour I Shwartz. Shires Tom G. *Principios de Cirugía*. tomo 1. Editorial Interamericana. 1969. 1012-1014.
- 6.- S.L. Robbins. M. Angell. V. Kumar. *Patología Humana*. Editorial Interamericana. 1987. 469-474.
- 7.- Charles J. Lghdale. *Staging of Esophageal Cancer I*. *Endoscopic Ultrasonography*. *Seminars in Oncology*. 1994 august; (4): 338-446.
- 8.- Vicente Guamer. *Esófago normal y Esófago Patológico*. Editorial: México D.F. Universidad Nacional Autónoma de México, 1983. 361-374.
- 9.- Jonh. M, Streltz Jr, Henry e, Peter G. *Adenocarcinoma in Barrett Esophagus*. *Ann Surg* 1991 february; 15 (4): 122-25.
- 10.- Chattopadhyay TK, shad SK, Kumar A.. *Intragastric bili acid symptoms in patients with an Intrathoracic stomach after esophagectomy*. *Br-J-S* 1993 Mar;80 (3): 371-373.
- 11.- Sugarbaker-DJ, DeCamp-MN. *Selecting the surgical approach to cancer of the esophagus*. *Chest* 1993 Apr; 103 (4 suppl): 4105-45.

- 12.- Stal JM, Hanly PJ, Duding. Gastrobronchial Fistula: an unusual complication of esophagectomy. *Ann-Thorac-Surg* 1994 Sep; 58 (30): 886-7
- 13.- Cahow CE, Sosaki CT. Gastric pull up reconstruction for pharyngo-larngo-esophagectomy. *Arch Surg* 1994 Apr; 129 (4): 425-430.
- 14.- Stepnick DW, Haydon RE. Option for reconstruction of the pharyngo-esophageal defect. *Otolaryngol-Clin-North-Am* 1994 Dec; 27 (6): 1151-8.
- 15.- Steven P, Stark MD. Transhiatal Versus Transthoracic Esophagectomy for Adenocarcinoma of the Distal Esophagus and Cardia. *The America Journal of surgery* 1996 November; 172 (5): 478-82.
- 16.- Akiyama H. Surgery for Carcinoma of the esophagus. *Curr probl surg* 1980 December; 17 (5) 53.