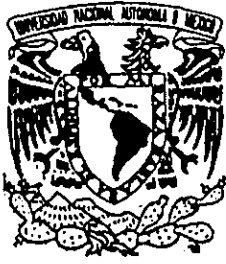


11210



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

1923.

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DR. GAUDENCIO GONZALEZ GARZA
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA PEDIATRICA**

**MECANISMO VALVULAR COMO
TRATAMIENTO DEL REFLUJO
GASTROCOLONICO EN LOS PACIENTES
CON INTERPOSICION DE COLON**

T E S I S

**PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN
CIRUGIA PEDIATRICA**

P R E S E N T A

DR. SERGIO ALFONSO DEL RIO GONZALEZ

ASESOR: DR. CARLOS GARCIA HERNANDEZ

**COLABORADORES: DR. JAIME A. ZALDIVAR CERVERA
DR. ISIDRO CERVANTES ISLAS
DRA. LOURDES CARVAJAL FIGUEROA**

PROFESOR TITULAR: DR. JAIME A. ZALDIVAR CERVERA



IMSS

MEXICO, D.F.

1998

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

268563



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.



Vo Bo

DR. EMILIO ESCOBAR PICASSO

JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

HOSPITAL GENERAL GAUDENCIO GONZALEZ GARZA

CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

Vo Bo

DR. JAIME ANTONIO ZALDIVAR CERVERA

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE POSTGRADO EN CIRUGIA PEDIATRICA

HOSPITAL GENERAL GAUDENCIO GONZALEZ GARZA

CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

Vo Bo

DR. CARLOS GARCIA HERNANDEZ

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA PEDIATRICA

HOSPITAL GENERAL GAUDENCIO GONZALEZ GARZA

CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

DEDICATORIA

A LA MEMORIA

DE MI SEÑOR PADRE RODOLFO ANTONIO DEL RIO ESMERAL

QUIEN NO PUDO VER A SU HIJO CULMINAR SUS ESTUDIOS PERO DESDE EL CIELO

ESTARA ORGULLOSO AL SABER QUE SIGO SUS CONSEJOS

AGRADECIMIENTOS:

A MI DIOS: POR QUIEN PUEDO MOVER MIS MANOS PARA OPERAR, PUEDO VER LAS ENFERMEDADES PARA DETECTARLAS, PUEDO PALPAR LAS HERIDAS PARA CURARLAS, PUEDO HABLARLE A MIS PEQUEÑOS PACIENTES AL OIDO PARA CALMARLOS. GRACIAS

A MI MADRE: ESA MUJER ABNEGADA, TRABAJADORA Y QUE ME ADORA, A ELLA UN BESO Y UN GRAN AGRADECIMIENTO POR SER MI MADRE.

A MI TERE: ESA MUJER QUE DEJO TODO POR MI, SIN ELLA NO PUDIERA SER QUIEN SOY, A ELLA LE DEBO MI CARRERA Y FELICIDAD. BESOS

A MIS HERMANOS: VIOLETT, ALBERT Y RODO, QUIEN CONFIARON EN MI Y NO LOS DEFRAUDE, A ELLOS UN ABRAZO.

AL DR. JAIME ZALDIVAR CERVERA: QUIEN FUE COMO UN PADRE PARA MI EN MEXICO, A EL LE AGRADEZCO LA AMISTAD, LA AYUDA SENTIMENTAL, LA CONFIANZA Y EL APOYO. A USTED UN ABRAZO.

AL DR. CARLOS GARCIA HERNANDEZ: QUIEN MAS QUE UN PROFESOR FUE UN AMIGO, ME BRINDO APOYO EN MOMENTOS DIFICILES, ME ORIENTO Y ME IMPULSO EN MI CARRERA PROFESIONAL. A USTED UN ABRAZO.

AL DR. ROLANDO CABALLERO FIGUEROA: ADEMAS DE SER UN MAESTRO ES UN AMIGO QUE SIEMPRE LLEVARE EN MI CORAZON. GRACIAS POR SU AMISTAD.

A TODOS MIS PROFESORES : POR QUE SOY EL REFLEJO DE CADA UNO DE USTEDES, Y LES DEBO TODO MI ACTUAR QUIRURGICO. GRACIAS.

A LA DOCTORA ROSA ELENA GONZALEZ: LA MAS BONITA DEL HOSPITAL, MIL GRACIAS POR AYUDARME EN LA REALIZACION DE MI TESIS.

A MIS RII, MONICA, EDGAR, HECTOR, JOSE RAFAEL, JOSE ALFREDO Y DAVID: POR QUE DE USTEDES APRENDI LA CONSTANCIA Y EL TRABAJO, SIGAN ADELANTE.

A MIS RIII, JUANCA, WEIMAR, SONIA, ALFREDO, RAMON, ERNESTO Y GERARDO:
POR QUE DE USTEDES APRENDI EL SACRIFICIO Y ME BRINDARON AMISTAD. LES
DESEO LO MEJOR.

A MIS RIV, MARCOS, JOSE LUIS, LUIS Y NESTOR : POR QUE ME BRINDARON SU
CONFIANZA Y SU AMISTAD, SEPAN QUE SON CORRESPONDIDOS.

A MIS COMPAÑEROS RV, ROSA ELENA, ALEJANDRA, RICARDO Y GUSTAVO: POR
QUE HOMBRO A HOMBRO RESOLVIMOS LOS PROBLEMAS Y LOGRAMOS LLEGAR A
LA META. MUCHO EXITO.

A TODO EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO
LA RAZA PORQUE APRENDI MUCHO DE USTEDES, SE LOS AGRADEZCO.

A PATY : LA SECRETARIA MAS EFICIENTE DE TODO EL HOSPITAL, POR SU AMISTAD
Y SU INVALUABLE AYUDA EN LOS MOMENTOS DIFICILES. GRACIAS.

A TODOS LOS NIÑOS DE MEXICO: PORQUE DE ELLOS APRENDI LA PACIENCIA Y LA
INOCENCIA, ME MOTIVARON A SER MEJOR Y POR SUS ENFERMEDADES ME FORJE
UN CIRUJANO.

A TODOS QUE DIOS LOS BENDIGA.

LAS HUELLAS EN LA ARENA.

SEÑOR, TU ME DIJISTE QUE SIEMPRE ESTARIAS A MI LADO EN EL CAMINO,
CUANDO YO TUVIERA SUFRIMIENTOS O PROBLEMAS.

PERO HE NOTADO QUE CUANDO YO MAS SUFRIA, SOLO HABIA UN PAR
DE HUELLAS EN LA ARENA. ME ENCONTRABA CAMINANDO YO SOLO.
¿ POR QUE ME ABANDONASTE CUANDO MAS TE NECESITABA?

EL SEÑOR ME RESPONDIO:

HIJO AMADO, YO NUNCA TE ABANDONARIA EN TUS TIEMPOS DE PRUEBA
Y SUFRIMIENTO;
CUANDO TU HAS VISTO SOLO UN PAR DE HUELLAS EN LA ARENA,
ERA YO EL QUE CAMINABA, PORQUE A TI TE LLEVABA EN MIS BRAZOS.

INDICE

TITULO.....	1.
RESUMEN ESPAÑOL.....	2.
RESUMEN INGLES.....	4.
ANTECEDENTES.....	6.
OBJETIVO.....	8.
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9.
MATERIAL Y METODOS.....	10.
RESULTADOS.....	12.
DISCUSION.....	17.
CONCLUSIONES.....	18.
BIBLIOGRAFIA.....	19.

MECANISMO VALVULAR COMO TRATAMIENTO
DEL REFLUJO GASTROCOLONICO EN LOS
PACIENTES CON INTERPOSICION DE COLON

MECANISMO VALVULAR COMO TRATAMIENTO DEL REFLUJO GASTROCOLONICO
EN LOS PACIENTES CON INTERPOSICION DE COLON

INTRODUCCION: EXISTEN DIFERENTES PATOLOGIAS QUE REQUIEREN SUBSTITUCION ESOFAGICA, ENTRE ESTAS: ATRESIA ESOFAGICA, REFLUJO GASTROESOFAGICO Y QUEMADURA POR CAUSTICOS. LOS PACIENTES SOMETIDOS A SUBSTITUCION ESOFAGICA POR COLON PRESENTAN REFLUJO GASTROCOLONICO, LO CUAL CONDICIONA COLITIS DEL COLON INTERPUESTO, BRONCOASPIRACION O ESTENOSIS PERSISTENTE DE LA ANASTOMOSIS COLOESOFAGICA, FISTULAS, ENTRE OTRAS, CAUSANDO SERIOS EFECTOS EN LA SALUD DE LOS PEQUEÑOS PACIENTES. POR LO QUE EL OBJETIVO DEL PRESENTE TRABAJO FUE PRESENTAR LA EXPERIENCIA DEL SERVICIO EN LA CONSTRUCCION DE UN SISTEMA VALVULAR QUE CONTROLE EL REFLUJO GASTROCOLONICO.

MATERIAL Y METODOS: DE NOVIEMBRE DE 1993 A NOVIEMBRE DE 1997, SE REVISARON LOS EXPEDIENTES DE LOS PACIENTES CON INTERPOSICION DE COLON, OPERADOS EN EL HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO LA RAZA. EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA PEDIATRICA. EVALUAMOS PESO, SINTOMATOLOGIA, ESTUDIO CONTRASTADO, GAMAGRAMA Y ENDOSCOPIA. LOS PACIENTES CON REFLUJO GASTROCOLONICO SE TRATARON CON MANEJO MEDICO Y ANTE LA FALTA DE RESPUESTA SE LE REALIZO UN SISTEMA VALVULAR ANTIRREFLUJO, CON IDENTIFICACION DEL PEDICULO VASCULAR, LOCALIZACION DE LA ANASTOMOSIS COLOGASTRICA, LIBERACION DEL FUNDUS GASTRICO, REALIZANDO HEMIFUNDUPLICACION AL COLON INTERPUESTO.

RESULTADOS: DE 23 PACIENTES, 12 PRESENTARON MANIFESTACIONES: UNO BRONCOASPIRACION, OTRO ULCERA COLONICA Y 10 ESTENOSIS COLOESOFAGICA. LAS EDADES VARIARON ENTRE 2 A 16 AÑOS, TODOS DEBAJO DE LA PERCENTILA -3. A TODOS SE LES DEMOSTRO REFLUJO Y SE LES CONSTRUYO EL SISTEMA VALVULAR. LA SERIE POSTQUIRURGICA DEMOSTRO AUSENCIA DE REFLUJO EN 10 Y EL GAMAGRAMA EN 9 PACIENTES. HUBO GANANCIA PONDERAL

DISCUSION: LA FRECUENCIA DE REFLUJO GASTROCOLONICO SE REPORTA DEL 12%, PERO ESTA PUEDE INCREMENTARSE SI SE CONSIDERA LOS EPISODIOS DE ASPIRACION, LA PRESENCIA DE FISTULAS TEMPRANAS O ESTENOSIS COLOESOFAGICA PERSISTENTES. SE HAN INTENTADO PROCEDIMIENTO ANTIRREFLUJO SIN PODERLO CONTROLAR ADECUADAMENTE. LA TECNICA EMPLEADA EN LOS 4 AÑOS REFERIDOS CONTROLA EL REFLUJO GASTROCOLONICO REDUCIENDO LA LESION PEPTICA AL COLON Y SUS CONSECUENCIAS.

CONCLUSIONES: LA VALVULA ANTIRREFLUJO FUE UN METODO SEGURO Y EFECTIVO PARA CONTROLAR EL REFLUJO GASTROCOLONICO EN LOS PACIENTES CON INTERPOSICION DE COLON, ES REPRODUCIBLE Y DEBE REALIZARSE SIEMPRE COMO PARTE DEL PROCEDIMIENTO INICIAL.

PALABRAS CLAVES: REFLUJO GASTROCOLONICO, SUBSTITUCION ESOFAGICA, SISTEMA VALVULAR.

VALVULAR MECHANISM AS A TREATMENT FOR GASTROCOLONIC REFLUX IN
PATIENTS WITH COLON INTERPOSITION

INTRODUCTION: VARIOUS PATHOLOGIES EXIST THAT NEED ESOPHAGIC SUBSTITUTION, AMONG THESE: ESOPHAGIC ATRESIA, GASTROESOPHAGIC REFLUX AND CAUSTIC INJURY. THE PATIENTS WITH ESOPHAGIC SUBSTITUTION WITH COLON PRESENT GASTROCOLONIC REFLUX, WHICH PRODUCES COLITIS IN THE INTERPOSED COLON, ASPIRATION OR PERSISTENT STENOSIS OF THE COLOESOPHAGIC ANASTOMOSIS, FISTULAE, AMONG OTHERS; CAUSING SERIOUS EFFECTS IN THE SMALL PATIENTS HEALTH. DUE TO THIS FACT, THE PURPOSE OF THIS WORK IS TO CONSTRUCT A TECHNIC IN WHICH A VALVULAR SYSTEM WILL CONTROL GASTROCOLONIC REFLUX.

MATERIAL AND METHODS: FROM NOVEMBER 1993 TO NOVEMBER 1997, WE STUDIED PATIENTS WITH COLON INTERPOSITION, OPERATED IN THE CENTRO MEDICO LA RAZA, IN THE PEDIATRIC SURGERY DEPARTMENT, WE EVALUATED WEIGHT, MANIFESTATIONS, CONTRAST STUDIES, GAMAGRAMA AND ENDOSCOPY. IN THOSE WITH GASTROCOLONIC REFLUX WE STARTED MEDICAL MANAGEMENT, AND IN THE ABSCENSE OF RESPONSE, SURGICAL APPROACH WAS TAKEN WITH THE ANTIREFLUX VALVULAR SYSTEM, IDENTIFYING THE VASCULAR PEDICLE, LOCALIZING THE COLOGASTRIC ANASTOMOSIS FREEING THE GASTRIC FUNDUS AND PERFORMING HEMIFUNDUPLICATION TO THE INTERPOSED COLON.

RESULTS: OF 23 PATIENS, 12 HAD MANIFESTATIONS: BRONCOASPIRATION IN ONE, ANOTHER COLONIC ULCER, AND IN 10 COLOESOPHAGIC STENOSIS. AGES RANGED FROM 2 TO 16 YEARS , ALL BELOW -3 PERCENTILE. IN ALL REFLUX WAS DEMONSTRATED AND WERE MANAGED WITH THE VASCULAR SYSTEM.

THE POSTOPERATIVE CONTRAST STUDY SHOWED ABSCENSE OF REFLUX IN 10, AND THE GAMAGRAMA IN 9 PATIENTS. ALL THRIVED.

DISCUSION: THE FREQUENCE OF GASTROCOLONIC REFLUX IS REPORTED IN 12 %, BUT IT CAN BE EVEN MORE IF ASPIRATION, EARLY FISTULAE AND PERSITENT COLOESOPHAGIC STENOSIS ARE CONSIDERED.

DIVERSE ANTIREFLUX PROCEDURES HAVE BEEN TRYED, WITHOUT CONTROLLING REFLUX EFFECTIVELY .

THE TECHNICS HERE PRESENTED, CONTROLS GASTROCOLONIC REFLUX, THEREBY REDUCING COLONIC PEPTIC INJURY AND ITS CONSEQUENCES.

CONCLUSIONS: THE ANTIREFLUX VALVE IS A SAFE AND EFFECTIVE METHOD IN PATIENTS WITH COLON INTERPOSITION, IS REPRODUCIBLE AND MUST BE DONE ALWAYS IN THE INITIAL PROCEDURE.

KEY WORDS: GASTROCOLONIC REFLUX, ESOPHAGIC SUBSTITUTION, VALVULAR SYSTEM

ANTECEDENTES:

EXISTEN TRES GRUPOS DE PACIENTES QUE SE BENEFICIAN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE SUBSTITUCION ESOFAGICA, COMO SON LOS PACIENTES CON ATRESIA DE ESOFAGO, ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO Y LOS QUEMADOS POR CAUSTICOS.

LOS DOS METODOS MAS DIFUNDIDOS PARA REALIZAR INTERPOSICION ESOFAGICA SON EL TUBO GASTRICO (1) Y EL COLON INTERPUESTO (2), AMBOS CON RESULTADOS EQUIPARABLES , SIN EMBARGO , EN LOS DOS, LAS COMPLICACIONES DE LA ANASTOMOSIS PROXIMAL COMO LAS ESTENOSIS , FUGAS(3) Y OTRAS MENOS FRECUENTES COMO LA NEUMOPATIA SECUNDARIA A BROCOASPIRACION , DADAS POR REFLUJO GASTROCOLONICO , CONLLEVAN A INCREMENTAR LA MORBIMORTALIDAD DE ESTOS PROCEDIMIENTOS .

EN DIFERENTES ESTUDIOS SE HA DEMOSTRADO QUE LA INCIDENCIA DE REFLUJO GASTROCOLONICO NO SOBREPASA EL 12 % , DATO QUE PUDIERA SER MAYOR SI INCLUIMOS EL PORCENTAJE DE FISTULAS TEMPRANAS, LAS ESTENOSIS COLOESOFAGICAS PERSISTENTES Y LOS EPISODIOS DE BRONCOASPIRACION, SOBRE TODO NOCTURNOS QUE LLEVAN A UN DETERIORO PONDOESTATURAL Y GENERAL DE LOS PACIENTES.

SE HAN IDEADO VARIOS METODOS PARA DISMINUIR EL REFLUJO GASTROCOLONICO, ENTRE ESTOS: EL INTERPONER EL COLON EN DIFERENTES POSICIONES (4), REALIZAR ANASTOMOISIS COLOGASTRICAS EN LA REGION POSTEROINFERIOR DEL ESTOMAGO (5), CREACION DE UN TUNEL SUBMUCOSO A NIVEL GASTRICO CON EL COLON INTERPUESTO (6), VALVULAS DE PEZON (7), TODAS ESTAS SIN UNA CLARA EVIDENCIA DE MEJORIA DEL REFLUJO E INCLUSIVE ALGUNAS TECNICAS AFECTANDO LA VASCULATURA DEL COLON A INTERPONER, TODAS ESTAS TECNICAS PRODUCEN CIERTO GRADO DE MORBILIDAD EN

NUESTROS PACIENTES. PARA EVITAR LO ANTERIOR SE REALIZA LA SIGUIENTE TECNICA:

1º LOCALIZACION DE LA ANASTOMOSIS COLOGASTRICA

2º IDENTIFICACION DEL PEDICULO VASCULAR DEL INJERTO INTERPUESTO

3º LIBERACION DEL FUNDUS GASTRICO

4º HEMIFUNDUPLICACION DE 270 GRADOS EN LA CARA ANTERIOR Y POSTERIOR DEL COLON INTERPUESTO

CON ESTA TECNICA ES POSIBLE : DISMINUIR LA LESION PEPTICA HACIA EL COLON DE NUESTROS PEQUEÑOS PACIENTES, EVITANDO ASI LOS EPISODIOS DE BRONCOASPIRACION, DISMINUIR LAS FISTULAS Y EVITAR LAS ESTENOSIS COLOESOFAGICAS, ADEMAS DE MEJORAR EL ESTADO NUTRICIONAL Y GENERAL DE LOS PACIENTES.

OBJETIVO :

REVISAR LA EXPERIENCIA DEL SERVICIO Y EVALUAR LOS RESULTADOS DEL PROCEDIMIENTO PARA CONOCER SI EL REFLUJO GASTROCOLONICO MEJORA EN LOS PACIENTES CON INTERPOSICION DE COLON, POR MEDIO DE UN MECANISMO VALVULAR.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

EN EL SERVICIO DE CIRUGIA PEDIATRICA DEL HOSPITAL GENERAL "GAUDENCIO GONZALEZ GARZA"(CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"), TENEMOS PACIENTES SOMETIDOS A INTERPOSICION DE COLON POR CAUSAS COMO: QUEMADURAS CAUSTICAS Y ATRESIAS ESOFAGICAS, EN ESTOS NIÑOS SE HA OBSERVADO UN GRAN INDICE DE REFLUJO GASTROCOLONICO, ESTE PERPETUA LAS FISTULAS COLOESPOFAGICAS, LAS ESTENOSIS, PRODUCIENDO ENFERMEDAD ACIDOPEPTICA CON TODAS SUS CONSECUENCIAS Y AFECTANDO EL CRECIMIENTO A LOS PACIENTES.

POR LO ANTERIOR NOS HICIMOS LA SIGUIENTE PREGUNTA: ¿ EL MECANISMO VALVULAR MEJORA EL REFLUJO GASTROCOLONICO EN LOS PACIENTES INTERPUESTOS DE COLON?

MATERIAL Y METODOS:

TODOS LOS PACIENTES OPERADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA PEDIATRICA DEL HOSPITAL GENERAL GAUDENCIO GONZALEZ GARZA, DE NOVIEMBRE DE 1993 A NOVIEMBRE DE 1997, CON EDADES DESDE LOS DOS AÑOS HASTA LOS 16; CON DIAGNOSTICO DE ATRESIA DE ESOFAGO O QUEMADURA DE ESOFAGO CAUSADA POR CAUSTICOS, QUE AMERITARON INTERPOSICION DE COLON Y CON SINTOMATOLOGIA DE REFLUJO GASTROCOLONICO, SE LES REALIZO HISTORIA CLINICA, INCLUYENDO EXAMEN FISICO COMPLETO. SE DETERMINO SI LA CAUSA PARA LA INTERPOSICION ERA POR ATRESIA ESOFAGICA O QUEMADURA POR CAUSTICOS. POSTERIOR A ESTO SE VALORO TANTO POR CLINICA, COMO POR ESTUDIO CONTRASTADO, GAMAGRAMA Y ENDOSCOPIA LA PRESENCIA O NO DE REFLUJO GASTROCOLONICO. SE INDICO MANEJO MEDICO POR SEIS SEMANAS CON EL FIN DE MEJORAR EL REFLUJO, PERO ANTE FALTA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO MEDICO SE TOMARON PREOPERATORIOS DE RUTINA Y SE CONSTRUYO UN SISTEMA VALVULAR NEUMATICO ANTIRREFLUJO. AL QUINTO DIA DEL POSTOPERATORIO SE INICIO LA VIA ENTERAL POR SONDA DE GASTROSTOMIA. AL MES REALIZAMOS ESTUDIO CONTRASTADO (ESOFAGOCOLOGRAMA). A LOS TRES MESES SE REALIZO GAMAGRAMA Y ENDOSCOPIA. MENSUALMENTE REALIZAMOS VALORACION DE PESO Y TALLA, ASI COMO AUSENCIA DE BRONCOASPIRACION, MEJORIA DE LA FISTULA Y ALIVIO DE LA ENFERMEDAD PEPTICA HACIA EL COLON.

SE VALORO EN LA CONSULTA EXTERNA CADA MES HASTA COMPLETAR 3 AÑOS DEL POSTOPERATORIO, AL NO ENCONTRAR COMPLICACIONES SE EGRESARON DEL SERVICIO.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GAUDENCIO GONZALEZ GARZA

DEPARTAMENTO DE CIRUGIA PEDIATRICA

HOJA DE CAPTACION DE DATOS

NOMBRE:

CEDULA:

EDAD:

SEXO:

DIAGNOSTICO:

ESTUDIOS DE LABORATORIO:

ESTUDIOS RADIOLOGICOS:

ESTUDIO ENDOSCOPICO:

ESTUDIO GAMAGRAFICO:

PESO PRE-OPERATORIO:

PESO POST-OPERATORIO:

MANIFESTACIONES CLINICAS: FISTULA TEMPRANA

BRONCOASPIRACION

ESTENOSIS PERSISTENTE

BAJO PESO

FECHA DE LA CIRUGIA:

COMPLICACIONES:

SEGUIMIENTO:

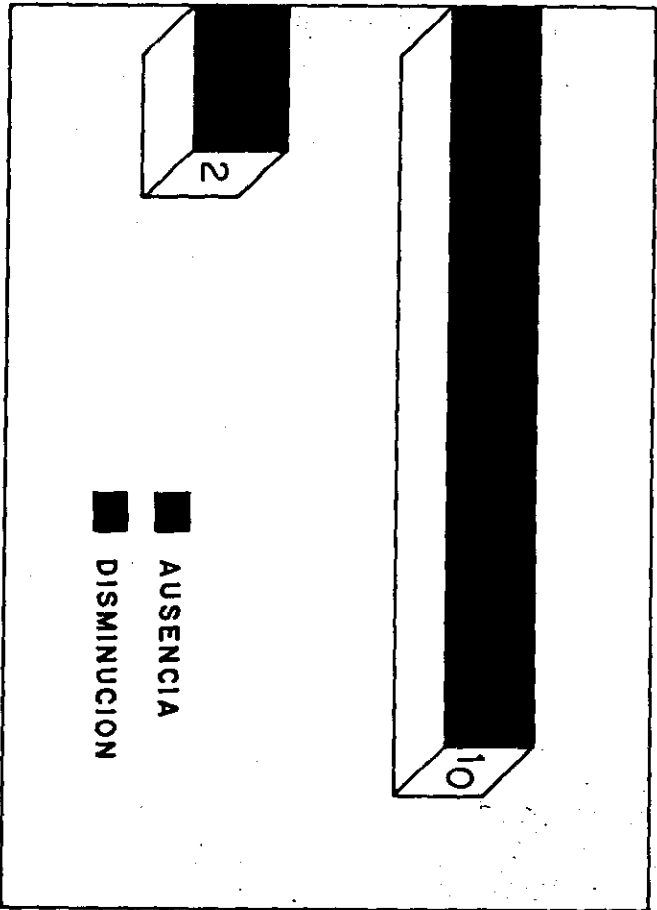
CONDICIONES DEL EGRESO:

OBSERVACIONES:

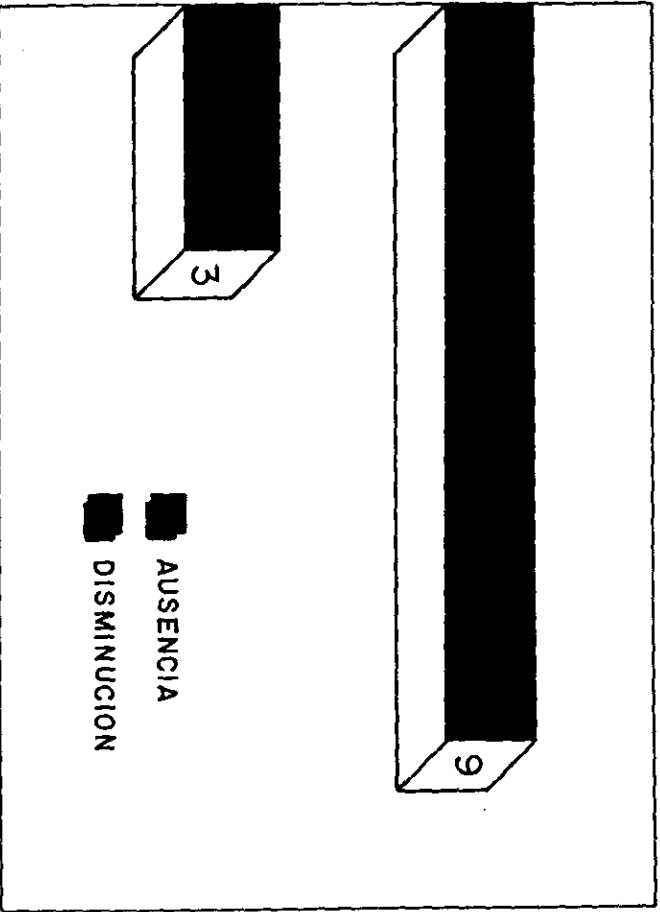
RESULTADOS: DE 23 PACIENTES, 12 TUVIERON MANIFESTACIONES: 1 BRONCOASPIRACION, 1 ULCERA COLONICA Y 10 ESTENOSIS COLOESOFAGICA REFRACTARIA A DILATACIONES. LAS EDADES VARIARON ENTRE 2 A 16 AÑOS Y TODOS POR DEBAJO DE LA PERCENTILA -3 DE PESO. SE DEMOSTRO REFLUJO EN TODOS LOS PACIENTES POR GAMAGRAMA Y ESTUDIO CONTRASTADO, LA ENDOSCOPIA PREOPERATORIA REPORTO COLITIS PEPTICA EN 2 PACIENTES, UNO DE ELLOS CON ULCERA COLONICA. A TODOS SE LES CONSTRUYO UN SISTEMA VALVULAR ANTIRREFLUJO SIN LESIONES INTRAOPERATORIAS. SE INICIO LA VIA ENTERAL POR GASTROSTOMIA AL 5° DIA DEL POSTQUIRURGICO. LA SERIE DEMOSTRO AUSENCIA DE REFLUJO EN 10 PACIENTES Y DISMINUCION DEL MISMO EN 2.

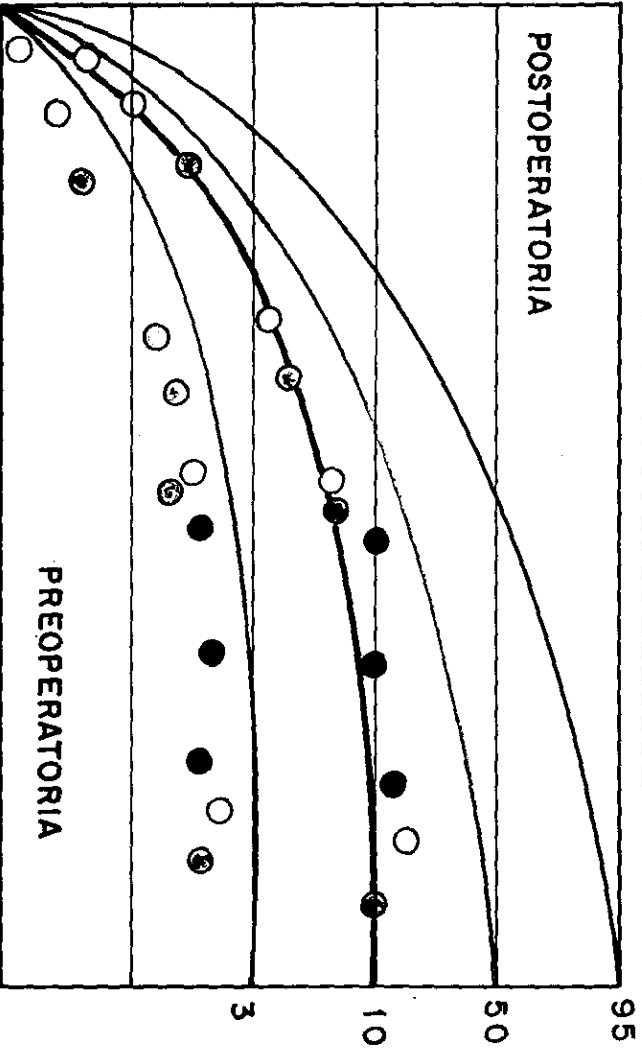
EL GAMAGRAMA REPORTO AUSENCIA DE REFLUJO EN 9 PACIENTES Y DISMINUCION DE ESTE EN 3. LA ENDOSCOPIA EN EL PACIENTE CON ULCERA A LOS TRES MESES REPORTO CURACION. LAS ESTENOSIS SE RESOLVIERON DESPUES DE 4 A 7 DILATACIONES. HUBO GANANCIA PONDERAL, SITUANDOSE A LOS 6 MESES POR ARRIBA DE LA PERCENTILA 10. EL SEGUIMIENTO FUE DE 6 MESES HASTA 3 AÑOS. TODOS LOS PACIENTES SE ENCUENTRAN ASINTOMATICOS EN LA ACTUALIDAD.

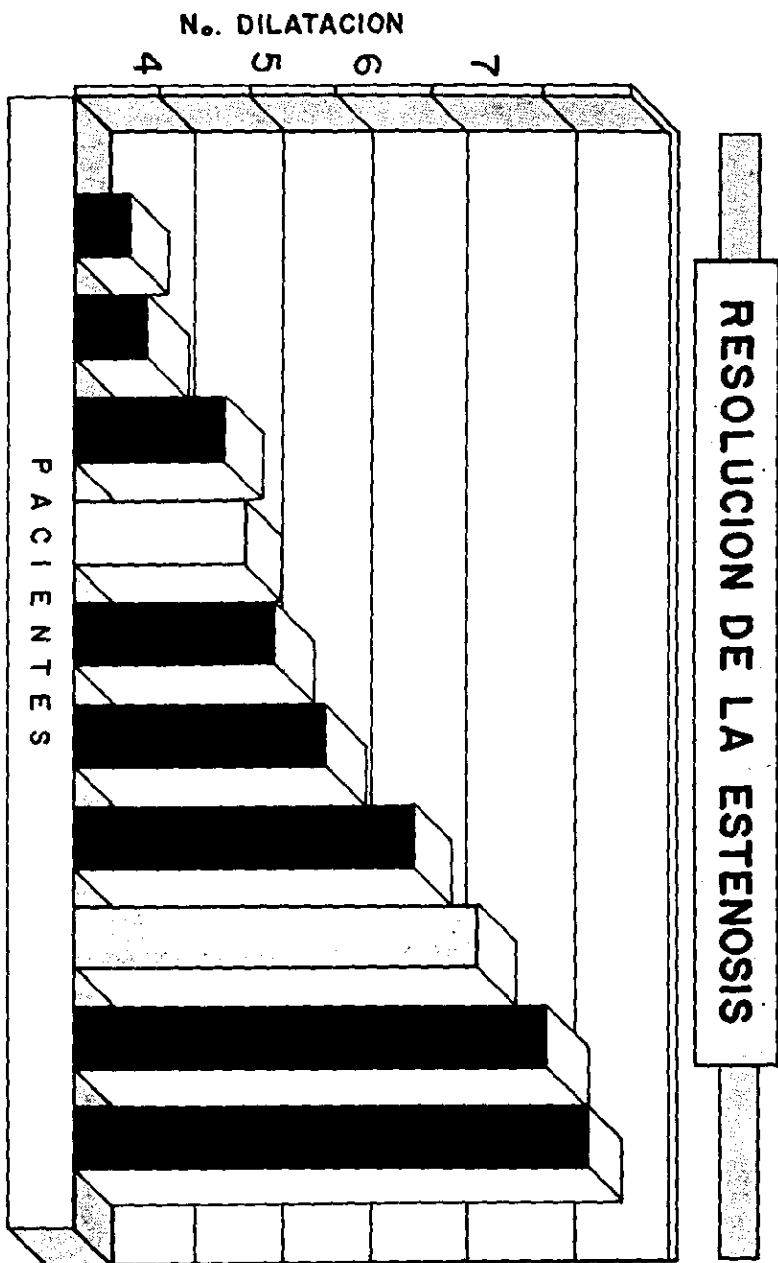
ESTUDIO CONTRASTADO



ESTUDIO GAMAGRAFICO







DISCUSION: LA FRECUENCIA DE REFLUJO GASTROCOLONICO SE REPORTA MENOR DEL 12%, PERO ESTA PUEDE SER MAYOR SI SE CONSIDERA LOS EPISODIOS DE BRONCOASPIRACION, LA PRESENCIA DE FISTULAS TEMPRANAS O DE ESTENOSIS COLOESOFAGICA PERSISTENTES, ESTA ULTIMA CASI SIEMPRE SE ASOCIA CON FACTORES TECNICOS O POR MALA IRRIGACION DEL TEJIDO, SIN EMBARGO EL REFLUJO GASTROCOLONICO FAVORECE SU DESARROLLO Y PERSISTENCIA, REPERCUTIENDO EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES.

SE HA CUESTIONADO EL REALIZAR PROCEDIMIENTOS ANTIRREFLUJO PARA EL COLON INTERPUESTO DEBIDO A QUE PUEDE COMPROMETERSE SU IRRIGACION, COMO LA CONSTRUCCION DE UN SISTEMA DE PEZON O UN TUNEL SUBMUCOSO EN EL ESTOMAGO. CON LA TECNICA ANALIZADA ES POSIBLE LOCALIZAR ADECUADAMENTE EL PEDICULO DEL INJERTO Y CONSTRUIR UNA VALVULA NEUMATICA QUE CONTROLE EL REFLUJO GASTRICO HACIENDO POSIBLE LA RESPUESTA A LAS DILATAIONES, DE LAS ESTENOSIS COLOESOFAGICA , DISMINUIR LA LESION PEPTICA EN EL COLON Y EVITAR LOS EPISODIOS DE ASPIRACION NOCTURNA MEJORANDO EL ESTADO NUTRICIONAL Y GENERAL DE LOS PACIENTES.

CONCLUSIONES: LA VALVULA ANTIRREFLUJO, RESPETANDO EL PEDICULO VASCULAR PARECE SER UN METODO SEGURO Y EFECTIVO EN EL CONTROL DE LAS MANIFESTACIONES PEPTICAS EN EL PACIENTE QUE REQUIERE INTERPOSICION DE COLON, ES REPRODUCIBLE Y DEBE REALIZARSE SIEMPRE COMO PARTE DEL PROCEDIMIENTO INICIAL.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. GERMAN J, WATERSTON D. COLON INTERPOSITION FOR THE REPLACEMENT OF THE ESOPHAGUS IN CHILDREN. JOURNAL OF PEDIATRIC SURGERY 1976;2:227-32
2. BIERMANN O, SMITH C. COLON-PATCH ESOPHAGOPLASTY IN CHILDREN: AN ALTERNATIVE TO ESOPHAGEAL REPLACEMENT. JOURNAL OF PEDIATRIC SURGERY 1986;21:224-6
3. DAVENPORT M, TASKER R. LONG-TERM EFFECTS OF GASTRIC TRANSPOSITION IN CHILDREN: A PHYSIOLOGICAL STUDY. JOURNAL OF PEDIATRIC SURGERY 1986;31:588-93
4. GUZZETA P, RANDOLPH J. ANTIRREFLUX COLOGASTRIC ANASTOMOSIS FOLLOWING COLONIC INTERPOSITION FOR ESOPHAGEAL REPLACEMENT. JOURNAL OF PEDIATRIC SURGERY 1986;21:1137-8
5. BURAS R, ANDERSON K. AN ANTIRREFLUX PROCEDURE FOR USE WITH THE REVERSED GASTRIC TUBE. JOURNAL OF PEDIATRIC SURGERY 1986;21:545-7
6. AHMAD S, O NEILL J. ESOPHAGEAL REPLACEMENT USING THE COLON: IS IT A GOOD CHOICE? JOURNAL OF PEDIATRIC SURGERY 1996;31:1026-31
7. WELCH K. PEDIATRIC SURGERY. 4º EDICION, UNITED STATES OF AMERICA: YEAR BOOK MEDICAL PUBLISHERS, INC; 1986:704-7

**ESTA TESIS NO DEBE
CALIR DE LA BIBLIOTECA**