

34

35

2 ej.

11209

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES DE POSGRADO

E INVESTIGACION.

FACULTAD DE MEDICINA

I S S S T E

HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS

" RESULTADOS DE LA CIRUGIA ANTIRREFLUJO "

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN :

CIRUGIA GENERAL

PRESENTA :

DR. AMANCIO GATICA PEREZ

268629

DR. OSCAR TREJO SOLORZANO

COORDINADOR DE CAPACITACION
DESARROLLO E INVESTIGACION

DR. ARTURO VAZQUEZ GARCIA

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
CIRUGIA GENERAL

I. S. S. S. T. E.
HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS
★ OCT. 30 1998 ★
COORDINACION DE CAPACITACION
DESARROLLO E INVESTIGACION

DR. AMADO GOMES ANGELES
COORDINADOR DE LA DIVISION
DE CIRUGIA.

TESIS CON
FAJIA DE ORIGEN

1998



Universidad Nacional
Autónoma de México

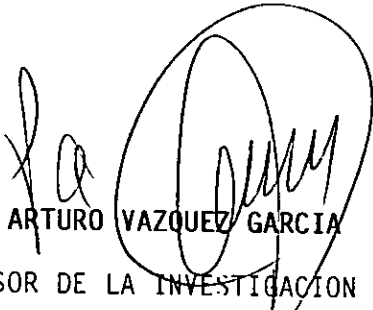


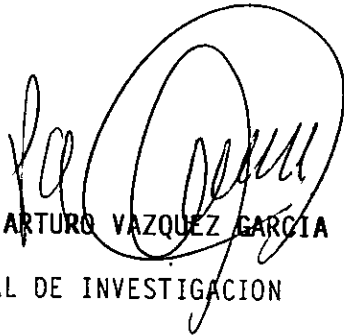
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

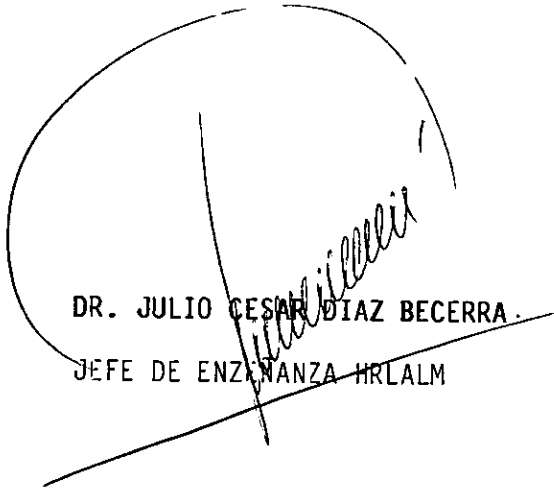
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

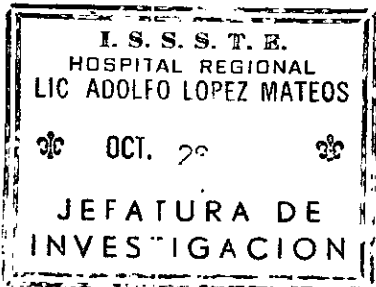
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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


DR. ARTURO VAZQUEZ GARCIA
ASESOR DE LA INVESTIGACION


DR. ARTURO VAZQUEZ GARCIA
VOCAL DE INVESTIGACION


M. EN C. HILDA RODRIGEZ ORTIZ
JEFE DE INVESTIGACION HRLALM


DR. JULIO CESAR DIAZ BECERRA.
JEFE DE ENSEÑANZA HRLALM



MEXICO DF OCTUBRE DE 1998.



I N D I C E

RESUMEN 1
INTRODUCCION 5
MATERIAL Y METODOS 9 .
RESULTADOS10
DISCUSION14
CONCLUSIONES17
GRAFICAS Y TABLAS18
BIBLIOGRAFIA31

S U M M A R Y

The surgical treatment of the disease by reflux gastroesophageal, at present can be carried out by two processes: laparoscopic and by opened surgery.

It was effected a retrospective study in the Regional Hospital Adolfo López Mateos of 18 months in the general surgery service. They were checked the most relevant characteristics preoperatives and were analyzed the results obtained by both types from surgery.

They were checked 31 patients, 21 female and 10 male and were split into two groups: group I operated by laparoscopic and group II by opened surgery.

To all the patients in both groups were them complished endoscopy - previous surgery and was observed some degree of esophagytis in 90.5% of the patients.

The symptom that in 100% of the cases was presented was the pyrosis for the two groups.

To it election of the type of surgery was according to the preference of the surgeon.

The group of the laparoscopic surgery was constituted by 13 patients and in 62% was accomplished a Nissen funduplicatura. The group of opened surgery caunted on 18 patient and to the 83% was made to theirs Nissen.

To all the patients was them accomplished a follow-up of at least six months after the surgery that included telephone call theirs adress.

The post operative endoscope in the group I was carried in 8 patients was satisfactory in 50 % and evidenced esophagytis in 50%.

For the group II the endoscopic study was satisfactory in 44% and showed some degree of esophagytis in 56%.

It was evidence endoscopic improvement in both groups in spite of the persistence of the esophagitis.

The decreased of the symptoms or their disappearance of presented in the group I in 77% of the cases and in the group II in 73 %.

Though exist differences between the two groups the result of the operations are similar for the improvement of the symptoms what can be better defined if are studied homogeneous groups, are established criteria to accomplish the procedures and is given a most extended and controlled follow-up.

Key words: Surgery laparoscopic. Surgery Opened .

R E S U M E N .

El tratamiento quirúrgico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en la actualidad se puede llevar a cabo por dos vías: laparoscópica y por cirugía abierta.

Se efectuó un estudio retrospectivo en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos de 18 meses en el servicio de cirugía general. Se revisaron las características más relevantes preoperatorias y se analizaron los resultados obtenidos por ambos tipos de cirugía.

Se revisaron 31 pacientes, 21 femenino y 10 masculinos y se dividieron en dos grupos : Grupo I operados por cirugía laparoscópica y Grupo II por cirugía abierta.

A todos los pacientes en ambos grupos se les realizó endoscopia prequirúrgica y se observó algún grado de esofagitis en el 90.5% de los pacientes.

El síntoma que en el 100% de los casos se presentó fue la pirosis para los dos grupos.

La elección del tipo de cirugía fue de acuerdo a la preferencia del cirujano.

El grupo de cirugía laparoscópica fue constituido por 13 pacientes y en el 62% se realizó una funduplicatura Nissen. El grupo de cirugía abierta contó con 18 pacientes y al 83% se le hizo Nissen.

A todos los pacientes se les realizó un seguimiento de por lo menos 6 meses después de la cirugía que incluyó llamadas telefónicas a su domicilio.

La endoscopia post operatoria en el grupo I que se llevó a cabo en 8 pacientes fue satisfactoria en el 50% y evidenció esofagitis en el 50%.

Para el grupo II el estudio endoscópico fué satisfactorio en el 44% y mostr-o algún grado de esofagítis en 56 %.

Se evidenció mejoría endoscópica en ambos grupos a pesar de la persistencia de la esofagítis.

La disminución de los síntomas o su desaparición se presentó en el grupo I en el 77% de los casos y en el grupo II en el 73%.

Aunque existen diferencias entre los dos grupos los resultados de las operaciones son similares para la mejoría de los síntomas lo que puede ser mejor definido si se estudian grupos homogéneos , se establecen criterios para realizar los procedimientos y se dá un seguimiento más prolongado y controlado .

Palabras Claves : cirugía Laparoscópica. Cirugía abierta.

I N T R O D U C C I O N .

El reflujo de contenido gástrico hacia el interior del esófago ocurre en muchas circunstancias en pacientes de todas las edades. Los síntomas de reflujo gastroesofágico son variables y se separan de manera amplia en "típicos" y "atípicos". Los síntomas típicos se relacionan con facilidad con el reflujo de contenido gástrico, en tanto que los atípicos no se vinculan tan fácilmente con la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) (1).

El RGE es un problema muy común. Casi el 10% de los adultos estadounidenses tienen pirósis diario. La mayoría de estos enfermos con RGE tienen un problema crónico que requiere tratamiento a largo plazo. Recientemente se ha identificado que estos sujetos tienen una calidad de vida notablemente deteriorada, en comparación con quienes tienen otras enfermedades crónicas.(2)

La ERGE acontece en el 75 % de la patología esofágica. La disminución de la presión del esfínter esofágico inferior (EEI), ha sido indicada como uno de los factores primarios que producen reflujo. De la misma manera, otros factores como disminución de la motilidad esofágica, acortamiento del esófago intra-abdominal y alteraciones en la angulación de la entrada del esófago al estómago, han mostrado también ser importantes. La sintomatología asociada a la esofagitis es ampliamente variable. Las complicaciones incluyen esofagitis, ulceración, estrechez y el remplazo del epitelio escamoso de la mucosa esofágica por un epitelio columnar (Esofago de Barrett).(3)

Diferentes terapéuticas abordan distintos aspectos de la fisiopatología del RGE. Entre los principios del tratamiento de ésta afección están modificaciones en el estilo de vida, tratamiento médico para disminuir síntomas e intentos para suprimir o disminuir la dosis de medicamentos. Típicamente los pacientes requieren fármacos antiácidos como el omeprazol y los bloqueadores de los re -

ceptores H₂, los cuales efectivamente suprimen la secreción gástrica ácida. El enfoque del tratamiento médico se dirige a reducir o eliminar el ácido del reflujo gástrico y a minimizar la ocurrencia de episodios de reflujo. Finalmente trabajos recientes implican un componente alcalino del reflujo como causante de complicaciones de la ERGE en individuos con reflujo duodenal gástrico. Así el manejo médico dirigido al componente ácido del reflujo no será efectivo en la prevención del daño tisular causado por las secreciones biliar, duodenal y pancreática. (1, 3)

La operación antirreflujo es un tema relativamente moderno. La ERGE no fué reconocida como un problema clínico significativo hasta mediados de la década de 1930, y el esfínter esofágico anormal como causa principal del desarrollo de complicaciones de ésta enfermedad no fué identificado hasta la década de los años 70s. Debido a ésta historia relativamente corta ha habido un interés por mejorar en la técnica de reconstrucción del esfínter esofágico distal. La cirugía laparoscópica es la más reciente etapa en éste proceso. La cirugía antirreflujo es la única terapéutica efectiva y duradera, y es el único tratamiento que puede modificar la historia natural de la esofagitis por reflujo. Idealmente la terapia operativa debería ser ofrecida como una opción terapéutica antes de desarrollarse complicaciones en la mucosa. En la práctica, sin embargo, ésto es raro. (4)

Se considera que la cirugía laparoscópica es de baja morbilidad y de alta aceptación por el paciente; por ésta razón el número de procedimientos antirreflujo llevados a cabo cada año se incrementa. Se estima que aproximadamente 200,000 funduplicaturas Nissen laparoscópicas fueron realizadas en los Estados Unidos en 1997. (5)

Se espera que en la referencia más temprana a los cirujanos de individuos con ERGE, aunada a operaciones más eficaces, disminuirá el número

ro de enfermos que padecen las complicaciones tardías y las secuelas debilitantes del reflujo de larga duración.

Solía decirse que el tratamiento quirúrgico se reservaba para pacientes que no respondían a la terapéutica médica y quienes habían presentado complicaciones. Ya no sucede así. Por una parte el tratamiento médico es tan efectivo que alivia los síntomas en la mayoría de los pacientes con reflujo. De hecho, cuando un enfermo con síntomas de reflujo no responde al tratamiento médico pleno, debe sospecharse que los síntomas no dependen de reflujo. También se ha demostrado que aún los síntomas respiratorios y otras manifestaciones extraesofágicas del reflujo responden bien al tratamiento médico. En consecuencia, el tratamiento médico moderno no sólo es eficaz para tratar los síntomas típicos de reflujo sino que incluso es posible tratar medicamente de manera satisfactoria algunas de las complicaciones de la enfermedad. (6, 7 y 8)

El médico debe considerar el tratamiento quirúrgico no como un método de último recurso para pacientes en quienes ha fracasado cualquier otro intento, sino como una alternativa razonable para enfermos con RGE moderado o grave. De hecho, el tratamiento quirúrgico debe considerarse seriamente en pacientes que responden a la terapéutica médica pero sufren recurrencias frecuentes y molestas o no desean vivir con las limitaciones que impone la terapéutica médica. Así mismo debe considerarse el tratamiento quirúrgico seriamente en pacientes jóvenes que requerirán de otra manera farmacoterapia por tiempo indefinido. Es obvio que los pocos sujetos cuya esofagitis no cicatriza o cuyos síntomas no se resuelven con el tratamiento médico máximo o quienes han presentado complicaciones del reflujo son aún los objetivos principales de la terapéutica quirúrgica. (9)

La introducción de la funduplicatura laparoscópica no ocurrió sin dificultades; un número de complicaciones específicas de éste procedimiento fueron descritas. Los problemas han incluido reoperación por disfagia, hernia hiatal paraesofágica post operatoria temprana, estrechez fibrótica del hiato esofágico y perforación visceral. Algunos de éstos problemas quizá resultaron de la inexperiencia durante la evolución de los procedimientos laparoscópicos, - el resto, quizá resultó de las modificaciones para establecer técnicas para - realizar un abordaje laparoscópico más sencillo.(10)

Los diferentes procedimientos antirreflujo llevados a cabo por cirugía abierta han sido asociados con buenos a excelentes resultados en la mayoría de los pacientes. En algunos estudios se ha sugerido que la funduplicatura Nissen es efectiva en el control del RGE en un periodo de seguimiento largo. (3).

Los propósitos del presente estudio son: analizar los resultados obtenidos en los pacientes operados de cirugía antirreflujo por cirugía abierta y laparoscópica revisando su estado clínico post operatorio así como los estudios de gabinete utilizados para evaluar la evolución de la enfermedad .

M A T E R I A L Y M E T O D O S

Se revisaron los expedientes de los pacientes operados de cirugía antirreflujo en el periodo comprendido de Julio de 1996 a Diciembre de 1997 en el Hospital Regional " Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE.

El criterio de inclusión fué haberse practicado al paciente un procedimiento antirreflujo por cirugía laparoscópica y convencional, el criterio de no inclusión fué que éste procedimiento no se llevara a cabo como tratamiento de la enfermedad por reflujo, es decir, que el procedimiento halla acompañado a otro en el tratamiento de la enfermedad,(por ejemplo:cardiomiectomía en la acalasia); fueron excluidos los casos en que no se contaba con toda la información necesaria derivada del expediente o en los cuales no se logró dar un seguimiento por vía telefónica.

Los parámetros analizados fueron: edad, sexo, ocupación, tiempo de evolución, sintomatología, enfermedades asociadas al reflujo gastroesofágico, antecedentes de importancia, Protocolo de estudio que incluye SEGD, endoscopia, Rx de tórax y manometría; tipo de cirugía , antirreflujo, procedimientos agregados, tiempo de seguimiento mínimo de 6 meses, estudios post operatorios tales como: SEGD, endoscopia, y manometría. Por último se realizó la valoración de la escala de VISICK en base al estado clínico actual.

Se compararon los dos tipos de cirugía y se analizaron los resultados.

R E S U L T A D O S .

Se analizaron los expedientes de 31 pacientes operados de cirugía para reflujo gastroesofágico en un periodo comprendido de 18 meses en el servicio de cirugía del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos".

Los pacientes fueron divididos en dos grupos: Grupo I los operados por cirugía laparoscópica y Grupo II los intervenidos por cirugía abierta.

De los 31 pacientes, 13 corresponden al grupo I y 18 al grupo II.

En el grupo I hubo 3 masculino(23.0%) y 10 femeninos(76.8%) con un rango de edades de 24 a 60 años y un promedio de 44.1 años. En el grupo II 7 fueron del sexo masculino (38.8%) y 11 del sexo femenino(61.1%) con un rango de 22 a 66 años y un promedio de 52.0 años.(Grafica I).

Para ambos grupos la ocupación más frecuente de los enfermos fué la de labores del hogar(5 pacientes en el grupo I y 4 en el grupo II).

El tiempo de evolución de la enfermedad por RGE antes de la cirugía fué de 4.1 años como promedio para el grupo I con un rango de 4 meses a 10 años y para el grupo II fué de 5.7 años con promedio y de 3 meses a 30 años el rango.(Tabla I).

El analisis de la sintomatología fué el siguiente: para el grupo I , 6 pacientes presentaron sintomas típicos unicamente 46.1%). ,7 pacientes(53.8%) presentaron sintmas típicos y atípicos.Siéndolos más frecuentes la pirosis y regurgitación (100%) y el dolor torácico (53.8%) respectivamente.Los sintomas en el grupo II fuerontípicos unicam ente en 10 pacientes (50.5%) y sintomatología mixta en 8(44.4%).La pirosis se presentó en el 100% de los pacientes como sintoma tipico y el dolor torácico intenso en 8 (44.4%) pacientes con síntoma atípico más frecuente.(Tabla II).

Como enfermedades asociadas con la ERGE en el grupo I se encontró enfermedad ácido péptica en 11 pacientes (84.6%) y en el grupo II, 14 pacientes (77.7%). Patología vesicular también se identificó; en el grupo I, 4 pacientes - (30.7%) y en el grupo II 4 pacientes (22.2%).

Como antecedentes de importancia el tabaquismo se identificó en 5 pacientes (38.4%) en el grupo I y en el II en 4 (22.2%).

Dentro del protocolo preoperatorio se les realizaron SEG D a 2 pacientes en el grupo I (15.3%) y en el grupo II se le realizó a 6 pacientes (33.3%). El estudio puso de manifiesto RGE y Hernia hiatal (HH) por delizamiento en ambos grupos. En un paciente del grupo II se identificó además una hernia Tipo - III.

La endoscopía se realizó al 100% de los pacientes de ambos grupos. Una hernia hiatal fué identificada en 11 pacientes (84.6%) en el grupo I y en 16 (88.8%) en el II; con tamaños promedio de 4.3 cms y 3.7 respectivamente. (Tabla III).

Se identificó el grado de esofagitis de acuerdo a la clasificación - de Savary y Miller obteniéndose en el grupo I, 4 pacientes en estadio II, 3 pacientes en los estadios I y III respectivamente, 2 pacientes en el estadio IV y 1 en estadio 0. En el grupo II la distribución fué como sigue: 8 pacientes en el estadio II, 5 en el estadio IV, 3 en el I y 2 en el 0. (Tabla IV).

El estudio endoscópico además arrojó otros hallazgos siéndo el más - frecuente para ambos grupos el de gastritis crónica con 8 casos para el grupo I y con 12 para el grupo II. La incompetencia cardio hiatal ocupó el segundo lugar en frecuencia con 5 pacientes en el grupo I y 9 en el grupo II. Un caso en el grupo I y 4 en el dos fueron diagnosticados como compatibles con esófago de Barrett (diagnostico compatible también por resultado de examen histopatológico). (Tabla V).

Los hallazgos en la teleradiografía de tórax fueron idénticos en los dos grupos 1 paciente con congestión hiliar y 2 con fibrósis pulmonar.

En cuanto a las técnicas quirúrgicas realizadas se llevaron a cabo 8 funduplicaturas Nissen, 3 Warrner y 2 Toupet en los pacientes del grupo I. En los pacientes operados por cirugía abierta se realizaron 15 Nissen y 3 Toupet, los porcentajes se expresan en la Gráfica 2.

La colecistectomía fue el procedimiento más frecuentemente realizado en forma simultánea con el procedimiento antirreflujo. Se realizaron 4 colecistectomías en cada grupo. Otras cirugías realizadas fueron: plastía de pilares, esplenectomía, vagotomía con piloroplastía y gastrectomía. (Tabla VI).

El seguimiento post operatorio fue de 6 meses con mínimo, y se cumplió en el 100% de los casos para ambos grupos. Esta evaluación incluyó llamada telefónica al domicilio de los pacientes.

Los estudios post operatorios realizados fueron la SEG D y la endoscopia. La SEG D se llevó a cabo en 9 casos, 5 de los cuales se encontraron en el grupo I y 3 en el grupo II, se consideró el resultado como satisfactorio cuando existían datos de competencia de la funduplicatura. Esta se dio en 5 casos en el grupo I y en 2 casos en el grupo II. Datos de esofagitis se encontraron en un paciente en cada grupo. La endoscopia se realizó en 8 pacientes del grupo I y en 16 del grupo II. Se consideró satisfactoria cuando no hubo evidencia de hernia o esofagitis, lo que correspondió a 4 pacientes del grupo I y a 7 del grupo II, se identificó esofagitis en 4 pacientes del grupo I y 9 del grupo II, (Tabla VII)

El grado de esofagitis fue identificado y clasificado de acuerdo con el estadiaje de Sawri y Miller como se observa en la tabla VIII.

El estado clínico fue evaluado de acuerdo a la escala de Visik. En el estadio I que corresponde a los pacientes asintomáticos se encontraron 7 pacientes en el grupo I y 8 en el grupo II. En el nivel II donde se ubican los pa--

cientes con síntomas mínimos se identificaron 3 casos en el grupo I y 5 en el grupo II. En el nivel III que corresponde a los enfermos con sintomatología - que requiere ser manejada por un médico y que cambia su estilo de vida, se encontraron 2 y 3 pacientes para cada grupo mencionado. En el estadio IV que comprende a los enfermos con enfermedad debilitante o que requieren reoperación, se encontró 1 paciente en el grupo I y 2 en el grupo II. (Tabla IX).

Se identificaron 2 tipos de complicaciones: perforación gástrica en un paciente del grupo I, esta lesión pasó inadvertida en el acto quirúrgico y requirió reoperación por abdomen agudo en el postoperatorio. Se presentaron 2 hernias recidivantes, una en cada grupo. (Tabla X).

D I S C U S I O N .

En este estudio se analizó la experiencia de los resultados obtenidos con la cirugía antirreflujo efectuada por vía laparoscópica y por cirugía abierta en el servicio de cirugía general del hospital regional Lic Adolfo - López Mateos en un periodo de 18 meses.

Se observó predominancia de los pacientes del sexo femenino en una relación 2.1 : 1 con respecto al masculino. Se observó una similitud en ambos grupos en cuanto al rango de edad comprendido pero hubo diferencias en el promedio de edad. El promedio del tiempo de evolución tuvo una diferencia de 1.6 años mayor para el grupo de cirugía abierta. Sataloff y cols señalan que la enfermedad por reflujo tiene un comportamiento a desarrollar complicaciones de acuerdo al mayor tiempo de evolución de la enfermedad, situación que debe ser considerada por la diferencia citada en el rango. La presentación clínica de la enfermedad ocurrió como es señalado en literatura donde el síntoma preponderante es la pirosis. La presentación de los síntomas atípicos ocurrió en los dos grupos siendo más frecuente en el de cirugía laparoscópica con un 10% de diferencia. Ambos grupos presentaron una alta incidencia de enfermedad - ácido péptica con un porcentaje general de 81.1%. Casi en la totalidad de éstos casos se pudo evidenciar alguna alteración endoscópica con una amplia gama de manifestaciones endoscópicas que van desde la gastritis crónica generalizada o focal hasta la úlcera duodenal (2 casos).

La endoscopia fue el estudio diagnóstico más importante ya que se realizó en el 100% de los pacientes. Pudo identificarse la relación directa entre hernia hiatal y esofagitis por reflujo en todos los pacientes a excepción de dos casos en el grupo I donde no existió hernia.

El procedimiento quirúrgico más efectuado fué la funduplicatura de Nissen. El criterio para la selección del procedimiento fueron la preferencia del cirujano por el mismo; es conocido que ésta situación influye sobre los resultados. El procedimiento más frecuente que acompañó a la cirugía fué la - colecistectomía; la mayoría de éstos pacientes refirieron también síntomas - de colecistitis aguda previamente.

El seguimiento post operatorio se realizó mediante endoscopia en el 75% del total de los pacientes, siendo su evaluación satisfactoria, es decir, sin evidencia de esofagitis y con una funduplicatura competente, en el 50% - de los pacientes operados por laparoscopia y en el 44 % de los enfermos operados por cirugía abierta, un alto porcentaje, por lo tanto, persistió con algún grado esofagitis, que fué discretamente más frecuente en el grupo de cirugía abierta de acuerdo al porcentaje (6% más). El 56 % de éstos pacientes con esofagitis en el grupo de cirugía abierta, tuvieron esofagitis grado I. Al comparar éstos resultados con las endoscopia preoperatorias se puede observar que hubo una disminución en el grado de afección del esófago en los dos grupos, encontrándose la mayoría de los casos en los estadios I y II de la clasificación de Savary y Miller comparado con una distribución más - frecuente en los estadios II y III que se observo preoperatoriamente.

En cuanto a la evaluación de los síntomas mediante la escala de - Visick se encontró que en el grupo laparoscópico se encontraron 3 pacientes que persistieron con sintomatología que correspondía a los niveles III y IV mientras que en el grupo de cirugía abierta se encontraron 5 pacientes en - éstos niveles, lo que expresado en porcentajes corresponde al 23 y 27 por - ciento respectivamente (Gráfica 3.).

Aunque los resultados en cuanto a la mejoría de los síntomas resultan ser muy parecidos, existen diferencias en cuanto a los grupos que pueden influir en éstos resultados; éstas pueden incluir de manera general que en el grupo de cirugía abierta se realizaron otras operaciones en el mismo acto quirúrgico que por sí misma tiene morbilidad tales como la gastrectomía, la vagotomía con piloroplastía (que hablan de la relación que existía - previamente con la enfermedad ácido péptica y que hace a estos paciente especiales), o bien, en un paciente se realizó esplenectomía por lesión transoperatoria.

Por último, las complicaciones, y que requirieron reoperación, son similares en ambos grupos. La perforación gástrica fue una lesión inadvertida que requirió cirugía que incluyó la desmantelación de la funduplicatura previa.

C O N C L U S I O N E S

- I) El porcentaje de pacientes que mejoraron su síntomas o que se encontraron asintomáticos después de la cirugía laparoscópica fué del 77%.
- II) El porcentaje de pacientes con evolución satisfactoria en el grupo de cirugía abierta fué del 73%.
- III) A pesar de las diferencias de ambos grupos los resultados para la sintomatología son similares.
- IV) Las similitudes más importantes aparecieron al analizarse las variables preoperatorias.
- V) Hubo mejoría edoscópica en la mayorías de los pacientes, es decir, el grado de esofagítis disminuyó en la escala de Savary y Miller, a pesar de que en las evaluaciones endoscópicas se reportaron general persistencia de la enfermedad por reflujo.
- VI) Se requiere de una revisión más amplia con un seguimiento a mayor plazo, estudios controlados y acceso a los recursos materiales por parte de los enfermos para definir mejor los hallazgos de éste estudio.

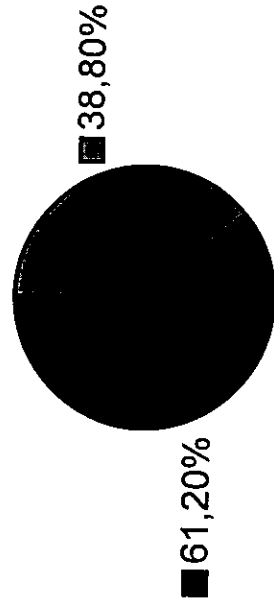
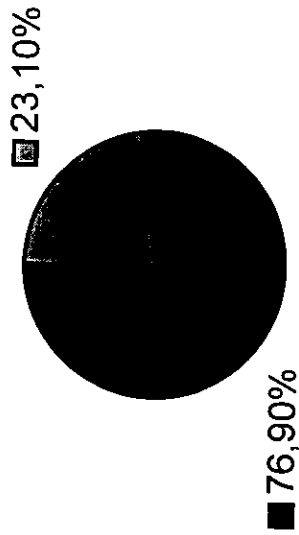
Gráfica 1

CIRUGÍA ANTIREFLUJO

DISTRIBUCIÓN POR SEXO

Grupo I

Mujeres
Hombres



Promedio edad 44.1 años.
Intervalo 24.60 años.

Promedio edad: 52 años.
Intervalo: 22-66 años

Fuente: Archivo -ISSSTE- H.R.L.A.L.M.

Tabla I

CIRUGIA ANTIRREFLUJO**TIEMPO DE EVOLUCIÓN**

AÑOS DE EVOLUCIÓN	LAPAROSCÓPICA n= 13	ABIERTA n= 18
<1	1 (8)	3 (17)
1-5	9 (69)	9 (49)
6-10	3 (23)	3 (17)
+ 10		3 (17)
Tiempo de promedio años	4.1	5 - 7
Intervalo	4 meses – 10 años	3 meses –30 años

n= número

Los números dentro del paréntesis son porcentajes.

Fuente: Archivo ISSSTE -- HRLALM

Tabla II

CIRUGIA ANTIRREFLUJO**SINTOMATOLOGÍA PREOPERATORIA**

SINTOMA	LAPAROSCOPICA n= 13	ABIERTA n= 18
Pirósis	13 (100)	18 (100)
Regurgitación	13 (100)	16 (89)
Disfagia	4 (30)	8 (44)
Atípicos	7 (54)	8 (44)

Atípicos: dolor, torácico, asma, ahogamiento y tos.

n= número

Los números dentro del paréntesis son porcentajes.

Fuente: Archivo ISSSTE – HRLALM

Tabla III

CIRUGIA ANTIRREFLUJO**HERNIA HIATAL**

	LAPAROSCÓPICA n= 13	ABIERTA n= 18
Hernia Hiatal	11 (84.6)	16 (89)
1-5	1	4
6-10	8	8
+ 10	2	4
promedio	4.4	3.7 cm

n= número

Los números dentro del paréntesis son porcentajes.

Fuente: Archivo ISSSTE – HRLALM

Tabla IV
CIRUGIA ANTIRREFLUJO

ENDOSCOPIA

SAVARY-MILLER	LAPAROSCOPICA n= 13	ABIERTA n= 18
0	1 (8)	2 (11)
I	3 (23)	3 (17)
II	4 (31)	8 (44)
III	3 (23)	
IV	2 (15)	5 (28)

n= número

Los números dentro del paréntesis son porcentajes

Fuente: Archivo ISSSTE – HRLALM

Tabla V

CIRUGIA ANTIRREFLUJO**ENDOSCOPIA**

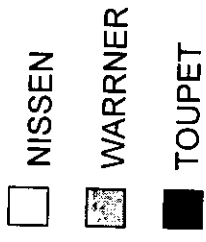
	LAPAROSCOPICA n= 13	ABIERTA N= 18
Gastritis Crónica	8	12
Reflujo duodeno gastrico	4	
Incompetencia cardiohiatal	5	9
Esofagitis hasta tercio medio		1
Esofagitis total	2	
Barret	1	4
Úlcera duodenal		2

Fuente: Archivo ISSSTE -- HRLALM

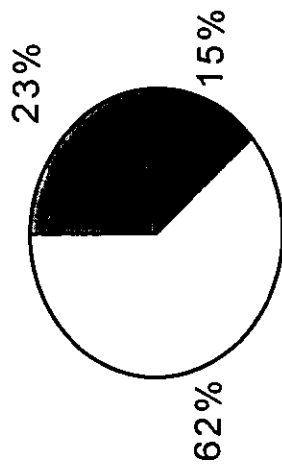
Gráfica 2

CIRUGÍA ANTIRREFLUJO

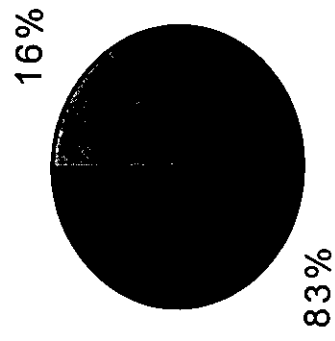
TÉCNICAS.



Grupo I



Grupo II



Fuente: Archivo - ISSSTE- H.R.L.A.L.

Tabla VI

CIRUGIA ANTIRREFLUJO**TECNICA**

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS	LAPAROSCOPICA	ABIERTA
Colecistectomia	4	4
Plastía de pilares	3	1
Esplenectomía		1
Vagotomía y piloroplastia	1	
Gastrectomía	1	

Fuente: Archivo ISSSTE – HRLALM

Tabla VII
CIRUGIA ANTIRREFLUJO

ESTUDIO POSTOPERATORIO

	SEGD		EDOSCOPICA	
	LAPAROSCOPICA n= 6	ABIERTA n=3	LAPAROSCOPICA n= 8	ABIERTA n= 16
Satisfactoria	5 (83)	2 (67)	4 (50)	7 (44)
Esofagitis	1 (17)	1 (33)	4 (50)	9 (56)

n= número

Los números dentro del paréntesis son porcentajes

Fuente: Archivo ISSSTE – HRLALM

Tabla VIII
CIRUGIA ANTIRREFLUJO

ENDOSCOPIA

GRADO ESOFAGITIS	LAPAROSCOPICA n= 4	ABIERTA n= 9
I	1	5
II	2	3
III	1	
IV		1

n= número

Los números dentro del paréntesis son porcentajes

Fuente: Archivo ISSSTE – HRLALM

Tabla IX

CIRUGIA ANTIRREFLUJO**ESCALA DE VISICK**

	LAPAROSCOPICA n= 13	ABIERTA n= 18
I	7	8
II	3	5
III	2	3
IV	1	2

n= número

Los números dentro del paréntesis son porcentajes

Fuente: Archivo ISSSTE -- HRLALM

Tabla X

CIRUGIA ANTIRREFLUJO**COMPLICACIONES**

	LAPAROSCOPICA	ABIERTA
	n= 13	n= 18
Perforación gastrica	1 (8)	
Recidivante	1 (8)	1 (6)

n= número

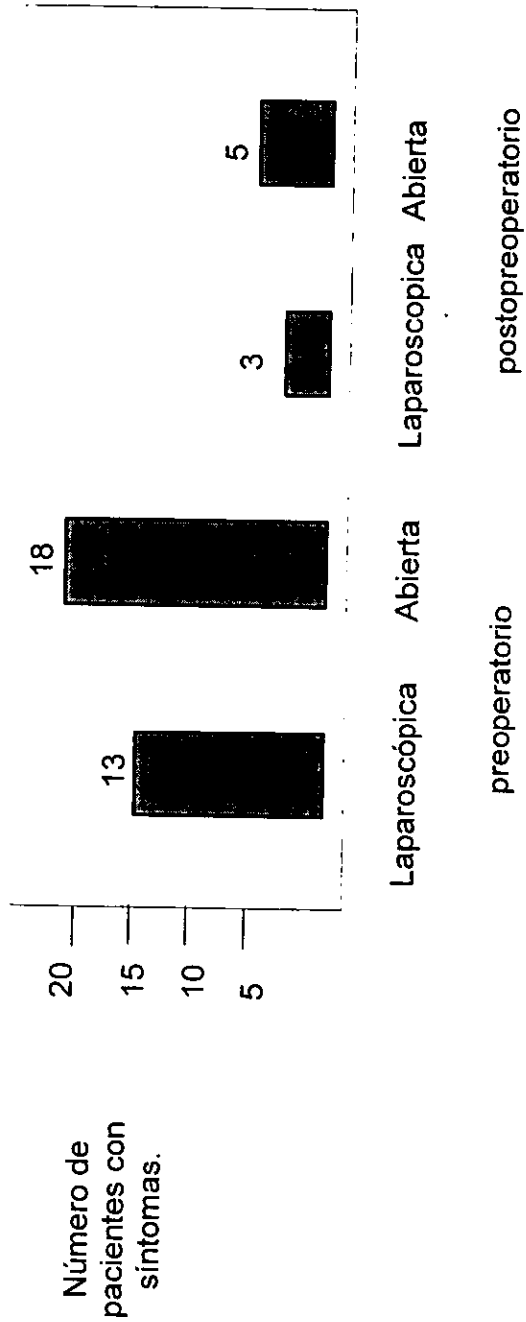
Los números dentro del paréntesis son porcentajes

Fuente. Archivo ISSSTE -- HRLALM

Gráfica 3

CIRUGIA ANTIRREFLUJO RESULTADOS DE LA CIRUGÍA

SINTOMATOLOGÍA.



Fuente: Archivo ISSSTE H.R.L.A.L.M.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA 30

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Donahue PE. Consideraciones básicas en la enfermedad por reflujo gastroesofagico. Clin Quir Nort Am. 5: 1003-1024.1997.
- 2.- Wo JM. y Waring JP. Tratamiento médico del reflujo gastroesofá - gico y de estrecheces del esófago. Clin Quir Nort Am. 5:1025-1044. 1997.
- 3.- Mckernan JB. y Laws HL.Laparoscopic Nissen funduplication for the treatment of gastroesophageal reflux disease. Am Surg. 60; 2:87-93. 1994.
- 4.- Peters JH., Heimbucher J., Kauser WHK., et al. Clinical and physiologic comparison of laparoscopic and open Nissen fundoplication. J.Am. Coll. Surg. 180; 4 : 385- 392. 1995.
- 5.- Fein M.,Hagen JA., Ritter MP., et al. Isolated upright gastroesophageal reflux is not a contraindication for antireflux surgery. Surgery. 122; 4: 829- 835. 1997.
- 6.- Hanson DG., Kamel PL., Kahrilas PJ., Outcomes of antireflux therapy for the treatment of chronic laryngitis. Ann Otol Rhinol Laryngol., 104 : 550- 555. 1995.
- 7.- Harding SM., Richter JE., Guzzo MR.,et al. Omeprazole to treat asthma. Am J. Med. 100 : 395- 504. 1996.

- 8.- Pope CE. Current concepts: Acid- reflux disorders. N Engl J Med., 331: 656- 660. 1994.
- 9.- Horgan S.y Pellegrini CA. Tratamiento quirurgico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Clin Quir Nort Am.5 : 1045- 1062. 1997.
- 10.-Watson DI., Jamieson GG., Baigrie RJ. et al. Laparoscópic surgery for gastro-oesophageal reflux: beyond the learning curve. Br J Surg. 83 : 1284-1287. 1996.
- 11.-Sataloff DM., Pursnani K., Hoyo S., et al. An objetive assessment of laparoscópic antireflux surgery.Am J Surg; 174: 63-67. 1997.
- 12.-Pursnani KG., Sataloff M., Zayas F. et al. Evaluation of the anti-reflux mechanism following laparoscopic funduplication. Br. J Surg. 84 : 1157-1161. 1997.
- 13.-Hunter JG., Swanstrom L. and Waring P. Dysphagia after laparoscopic antireflux surgery. Ann Surg; 224; 1 : 51-57. 1996.