

11209

59
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
"DR. BERNARDO SEPULVEDA GUTIERREZ"
SERVICIO CIRUGIA GENERAL

"CAUSAS Y RESULTADOS EN PACIENTES REOPERADOS DE CIRUGIA ANTIRREFLUJO".

T E S I S

QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN
CIRUGIA GENERAL
P R E S E N T A
DRA. MA. ALEJANDRA RAMIREZ RAMIREZ

ASESOR: DR. PATRICIO ROGELIO SANCHEZ FERNANDEZ



IMSS

MEXICO, D. F.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

269872

1998
9



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

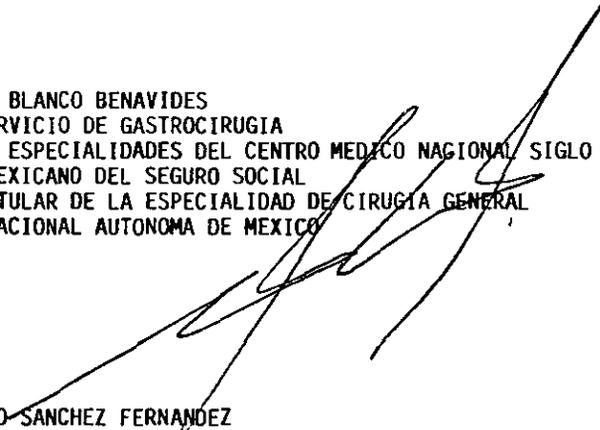
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

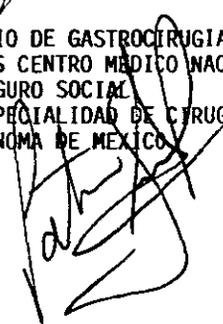
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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



DR. NIELS WACHER RODARTE
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES
JEFE DEL SERVICIO DE GASTROCIROGIA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL
UNIVERSAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



DR. PATRICIO SANCHEZ FERNANDEZ
ASESOR DE TESIS
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE GASTROCIROGIA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
PROFESOR ADJUNTO DE LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

*a mi madre por brindarme su apoyo, comprensión y sobre todo amor.
a la memoria de mi padre quien me cuida.
a mis hermanos por su ayuda y fé en mí.*

INDICE.

PAGINAS

ANTECEDENTES.....	4
MATERIAL, PACIENTES Y METODOS.....	9
PROCEDIMIENTO.....	10
RESULTADOS.....	11
DISCUSION Y CONCLUSIONES.....	16
ANEXO I.....	17
ANEXO II (CUADROS).	
CUADRO 1.....	18
CUADRO 2 Y 3.....	19
CUADRO 4.....	20
ANEXO III (GRAFICAS).	
GRAFICA 1 Y 2.....	21
GRAFICA 3 Y 4.....	22
GRAFICA 5 Y 6.....	23
GRAFICAS 7 Y 8.....	24
BIBLIOGRAFIA.....	25

ANTECEDENTES

La Cirugía esofágica se encuadra en general, entre las disciplinas quirúrgicas más difíciles debido a la fragilidad del órgano, la gravedad de las enfermedades que lo afectan y su relativa inaccesibilidad, siendo difícil su abordaje en medio de importantes órganos torácicos y del abdomen superior. En concordancia con ello, las reintervenciones en cirugía esofágica son especialmente difíciles; suponen un reto para el cirujano y un riesgo para el paciente. (1, 2).

Existen reintervenciones tras cirugía por enfermedades esofágica benignas, esofagitis por reflujo, acalasia, espasmo esofágico difuso y divertículo de Zenker. Existen otras reintervenciones con procedimientos y hallazgos totalmente diferentes ya que son incluidos por enfermedades malignas y los procedimientos que se realizan son para paliar la enfermedad recidivante. (1).

El reflujo gastroesofágico se produce en forma independiente de la hernia hiatal, y es la incompetencia del esfínter esofágico inferior (EEI) y no el tamaño de la hernia la lesión patológica crítica. Allison y Barrett divulgaron el término de esofagitis por reflujo como una entidad clínica diferente y luego comenzó a reconocerse la presencia del epitelio cilíndrico distal a la estenosis en muchos de esos pacientes. (2, 3).

Se han descrito y utilizado una amplia gamma de técnicas operatorias, para la corrección de la enfermedad por reflujo, desde el abordaje abierto; hasta la actualidad de hoy día por abordaje laparoscópico. (4). La funduplicatura de Nissen ha sido entre otras de las más utilizadas, ha obtenido numerosas modificaciones; la primera funduplicatura fué desarrollada en 1956, en un paciente sin hernia hiatal, quién únicamente refería síntomas de reflujo gastroesofágico. (5). La funduplicatura de Nissen ha sufrido numerosas modificaciones, entre las que se ha descrito; el anclaje del fundus a la pared anterior abdominal o a la fascia preaórtica para evitar la migración, entre otros modifican el tipo de envoltura para evitar la formación de síndrome de “gas atarapado” (gas bloat). (6). Hay quienes han modificado con vagotomía y procedimiento de drenaje. (7).

Así mismo, existen técnicas descritas en forma combinada con otra técnica para la corrección antirreflujo tal como la Nissen-Rosetti, Nissen-Collis. Entre otras como la gastropexia posterior de Hill, la gastroplastia de Collis (para esófago corto), funduplicaturas parciales como Toupet, Belsey- Mark-IV, Guarner y combinaciones tal como Collis-Belsey. (4, 8). Así como otra gran variedad de técnicas de menor frecuencia utilizadas en la actualidad, cada una de ellas tienen indicaciones individualizadas para cada uno de los pacientes.

En fin, la base de los procedimientos se sustenta en la formación de una envoltura circunferencial del esófago distal, con efecto de producir competencia del área por simple compresión mecánica. (2).

Independientemente del tipo de cirugía que se haya decidido realizar, lo importante y lo difícil es obtener la tasa de éxito y evitar la necesidad de una reintervención. En los centros de mayor interés y experiencia en cirugía esofágica se atiende a un gran número de pacientes que presentan síntomas después de intentos previos de cirugía antirreflujo. Síntomas persistentes e irreversibles a tratamiento médico o conservador, tal como pirosis, regurgitación, disfagia, odinofagia, hemorragia y/o aspiración. Este hecho pone de manifiesto tanto la alta incidencia de reflujo gastroesofágico en nuestra sociedad, como la frecuencia con que los cirujanos realizan intervenciones antirreflujo. (1, 9).

En general se acepta una tasa de recidiva o fallo de al menos el 10% por cualquier tipo inicial de intervención antirreflujo previa. (10). Existen series que reportan hasta un 26% de reintervenciones antirreflujo requeridas (1). Dado que se realizan numerosas reparaciones primarias es de esperar que con frecuencia se planteara la necesidad de una reintervención a causa de dichas recidivas o fallos tras la primera operación.

La forma definitiva de analizar el éxito o el fracaso de la intervención previa es bajo el análisis cuidadoso de los síntomas, su frecuencia y severidad de los mismos. El camino alternativo es el estudio completo preoperatorio antes de tomar en cuenta cualquier decisión.

Las causas de los síntomas pueden incluir errores técnicos de la operación previa, alteraciones de la función motor del esófago, alteraciones de la mucosa esofágica, recidiva verdadera en el defecto del mecanismo antirreflujo, alteraciones gástricas o problemas hepatobiliares. (11). Para ello se requiere de protocolización de estudios preoperatorios prioritarios, tal como estudio baritado esofagogastrodudoenal, estudio endoscópico y manométrico, para determinar así diagnósticos diferenciales de acalasia, pseudacalasia, esclerodermia, dermatomiositis, espasmo esofágico secundario a obstrucción distal, espasmo esofágico primario y espasmo esofágico segmentario. Cualquiera de estas afecciones pueden causar síntomas sugestivos en algunos aspectos de reflujo gastroesofágico, y cualquiera de ellos puede haber estado presente con anterioridad a la primera intervención antirreflujo. (2, 12).

Klemenschitsch propuso un sistema de clasificación para describir las causas de los síntomas después de la cirugía antirreflujo. (12). Describió 5 grupos de causas que explicaban la sintomatología: 1. Fracaso del mecanismo del esfínter para detener el reflujo, 2. Fracaso del aclaramiento esofágico, 3. Fracaso combinado de ambos mecanismos, 4. Reflujo alcalino, 5. Inexistencia del reflujo (a. diagnóstico original incorrecto, b. Síntomas por complicaciones de la herida operatoria).

De el primer grupo, se catalogan aquellas causas que originen el fracaso del mecanismo del esfínter, está relacionado al error técnico, por mala colocación de los puntos de sutura, el tipo de sutura, inadecuada movilización del esófago que origine tensión del procedimiento y dehiscencia de la sutura. Disrupción completa o incompleta de los puntos de sutura de la funduplicatura, series reportan hasta un 10% y otras hasta un 29%. (2, 3, 13).

Para el segundo grupo, en su mayoría causado por obstrucción del cardias debido a una intervención antirreflujo demasiado ajustada, de alguna forma se observa la estenosis en dicho sitio. No obstante en éste grupo también en menor frecuencia está relacionado a contracciones esofágicas ineficaces por alteraciones motoras.

Para el tercer grupo, es la combinación de un fracaso del esfínter, que permite el reflujo libre, y una alteración del vaciado esofágico, en su mayoría causado por una reparación inadecuada o ineficaz del mecanismo antirreflujo. En éste grupo además de lo anterior se incluyen los casos del fenómeno de deslizamiento de Nissen. (9). En la cual el envolvimiento gástrico se desliza y se desplaza alrededor de la porción superior del estómago en lugar de el esófago distal, dicha complicación observada en un 48%. (3).

Para el cuarto grupo, los pacientes con aclorhidria, reflujo duodenogástrico o cirugía gástrica previa pueden manifestar problemas recidivantes de reflujo. Se incluye al error de no apreciar el reflujo duodenogástrico o bien a una reparación antirreflujo adecuada. Se pueden encontrar ambas situaciones, de cardias incompetente por el defecto del procedimiento y de gastritis biliar, requiriendo nuevamente de reconstrucción antirreflujo y gastroyeyunostomía en Y de Roux para eliminar la segunda. (14). Algunos autores proponen teorías en la cual puede ser que la disección del campo operatorio haya sido muy extenso alrededor del esófago lo que puede alterar los mecanismos del cardias y sentar las bases del reflujo alcalino. O bien de forma similar, una lesión inadvertida del nervio vago durante la intervención primaria antirreflujo puede conducir a una reducción de la acidez gástrica y estasis gástrica, con la posibilidad de que aparezca reflujo no ácido si fracasa el mecanismo antirreflujo efectuado. (2, 6).

Para el último grupo, existe un número considerable de pacientes que presentan sintomatología después de una primer intervención antirreflujo que no se hallan datos que apoyen la existencia de reflujo gastroesofágico anormal, por lo que debe considerarse que algún otro proceso es el origen de las molestias. Y su tratamiento está encaminado de acuerdo al diagnóstico alterno de cada caso.

Se tiene en consideración los tres primeros grupos antes descritos son fracasos propios del defecto del mecanismo antirreflujo. Sin embargo, por otra parte existen otras indicaciones de reintervención no causadas por el defecto del mecanismo antirreflujo, sino propias de la técnica quirúrgica, tales complicaciones conciernen los últimos dos grupos clasificados de acuerdo a lo anterior. Así como complicaciones descritas en la literatura tales como :

Hernias de Hiato paraesofágicas secundarias a la disrupción del cierre de la hernia previa o bien de la membrana freno esofágica. Indicativas de reoperación sólo en casos de sintomatología severa persistente de dolor abdominal irreversible, o bien a la evidencia de obstrucción parcial. (9, 15, 16). Leonardi reporta alta incidencia de hernia contenida a través del hiato esofágico. Balison et al., en 1973 reporta dichas complicaciones posterior a

funduplicaturas transtorácicas; observadas por disrupción del cierre de la incisión diafragmática en el margen hiatal. (17).

A lo anterior existen casos reportados como reoperación de urgencia por vólvulos del estómago en porción supradiafragmática, o encarcelación del ángulo esplénico del colon en funduplicaturas transtorácicas.

Se han reportado casos de lesiones esplénicas, sean incidentales por disección en el área esplénica y del fondo del estómago, que ocasionen hemorragias, infartos y/o decapsulación esplénica. Sin embargo para que sea indicativo de reoperación necesariamente requiere de haberse lesionado inadvertidamente, las series lo reportan como casos extremadamente raros. (18).

Fistulas de distinto origen, reportadas como casos aislados en la literatura ya sea gastrobronquial, gastroaórtica y gastropericárdica (o caso reportado como fistula gastrodiafragmática productora de pleuropericarditis recurrente.) Dichas complicaciones relacionadas al procedimiento antirreflujo. (19).

Llama la atención, así mismo los casos de mediastinitis por perforaciones esofágicas inadvertidas sean de baja frecuencia indicativa de reoperaciones por cirugía antirreflujo, bajo abordaje abierto, aún así por vía laparoscópica sigue siendo de incidencia baja de hoy en día. (4, 20).

A lo anterior es bien establecido su tiempo de reintervención será de acuerdo a las condiciones específicas de su etiología.

Cuando está indicada una nueva intervención en forma electiva después de una operación antirreflujo fallida, la estrategia quirúrgica a seleccionar depende del análisis de las causas del fracaso.

Existen algunas consideraciones a determinar en cuanto a los procedimientos quirúrgicos a realizar. Tal como el tipo de abordaje, será convenido de acuerdo a la cirugía previa, hay series que reportan que el abordaje torácico, tiene mayor éxito y por lo tanto menor recidiva del 0-1%, sobretudo si en la primera intervención fué de abordaje abdominal. En comparación con el abordaje abdominal a pesar de que en su primer intento haya sido vía abdominal, se reportan series de hasta 5% de fracasos. Es totalidad indicación cuando se tiene la decisión de antemano de realizar algún otro procedimiento gastrointestinal. (21, 1).

Si se trata de una primera reintervención por reflujo persistente y la calidad de esófago y estómago es adecuada, deberá realizarse una segunda operación antirreflujo, existen series que reportan resultados excelentes hasta en un 85% de los casos, sin evidencia de recidiva posterior para la reintervención de primera intención con cirugía antirreflujo, no obstante para las segundas reintervenciones se reportan casos de 66% y de terceras o sucesivas del 42% de éxito. (1).

Sin embargo está bien establecido que para aquellos pacientes que se han realizado múltiples intentos previos de cirugía antirreflujo, la reconstrucción con interposición está siempre indicada, (esofagectomía corta distal con la reconstrucción apropiada). (1). La tasa de éxito para reintervención con realización de esofagectomía distal e interposición del colon a 5 años es del 75% . La tasa de dehiscencia de la anastomosis tanto manuales como mecánicas se sitúan en el 5%. (1).

Existen series en donde reportan que la tasa de complicaciones no fatales en general es del 21%, aproximadamente el doble de la que se observa después de cirugía primaria antirreflujo. (1), La mortalidad es variable ya que depende de los procedimientos quirúrgicos realizados. Aún así hay series que reportan su mortalidad operatoria del 0-1% para el abordaje torácico después de la cirugía antirreflujo. (22).

Para concluir, las reintervenciones tras operaciones antirreflujo fallidas son una tarea complicada y difícil, que requieren de alguna forma identificar el origen del fallo para la obtención del éxito.

MATERIAL, PACIENTES Y METODOS.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Longitudinal, descriptivo, retrospectivo y observacional

UNIVERSO DEL TRABAJO .

Pacientes adultos de ambos sexos reintervenidos de cirugía antirreflujo, del Departamento de Gastrocirugía del hospital de Especialidades CMN SXXI, en el periodo comprendido de Enero de 1989 a Mayo de 1997.

VARIABLES.

INDEPENDIENTE. Reintervenciones de cirugía antirreflujo.

DEPENDIENTE. Hallazgos operatorios: Causas de reintervención de cirugía antirreflujo.

DESCRIPCION OPERATIVA

La variable independiente son las reintervenciones realizadas en el servicio de Gastrocirugía que se haya corroborado recidiva del reflujo gastroesofágico sea por estudio radiológico, clínica y/o estudio endoscópico.

La variable dependiente es la etiología o etiologías que hayan provocado la necesidad de reintervención de cirugía antirreflujo, clasificadas en alguno de los siguientes rubros en forma general:

- Las debidas a defecto del mecanismo antirreflujo, como complicaciones propias del procedimiento antirreflujo, por reparación inadecuada que efectúe incompetencia de la unión esofagogástrica y exista reflujo, o bien estrechez de dicha unión secundaria a procedimiento antirreflujo ajustado, tales como; la disrupción de los puntos de sutura de la funduplicatura, deslizamiento de la funduplicatura, o bien estenosis del área del procedimiento antirreflujo. (Los tipos I, II y III de acuerdo a la clasificación de Klemenschitsch).
- Las debidas al defecto del procedimiento de disección quirúrgica y/o para aquellas fuera de lo concerniente al defecto mecánico antirreflujo, pero que se les haya realizado alguna alternativa de reparación antirreflujo o bien con objetivos para su corrección, tales como; torsión esofágica, vólvulo esofágico, reflujo alcalino que provoque estenosis, hernia paraesofágica, perforación esofágica, etc. (Los tipos IV, V de la misma clasificación, así como complicaciones que sean el motivo de nueva reparación de cirugía antirreflujo).
- Las debidas a ambos grupos en forma combinada.

PROCEDIMIENTO.

Se realizó la captura de pacientes reintervenidos en un periodo comprendido de enero de 1989 a mayo de 1997, inicialmente en el archivo propio del servicio de Gastrocirugía, para posteriormente recopilar del expediente clínico los datos a codificar, verificando se cumplan los criterios de selección, tales como; edad, sexo, lugar de procedencia de cirugía previa, tipo de procedimiento(s) de cirugía previa, así como los procedimientos realizados en las reintervenciones efectuadas, el tipo de abordaje efectuado en el procedimiento primario y de reintervenciones, el número de reintervenciones, cuadro clínico presentado, estudios realizados en el preoperatorio en el caso de ser reintervención electiva. Así como los hallazgos operatorios encontrados.

Excluyendo aquellos pacientes en los que no se haya encontrado reportada la causa de la recidiva, o bien que el factor reportado no sea la causa de nueva reparación antirreflujo. Así como aquellos que cursen con patología maligna o bien no se encuentre el expediente clínico.

Se efectuó Tablas y/o Gráfica de Barras, con proporciones y frecuencias correspondientes, así como Prueba de Bondad de Ajuste de Proporciones (Chi Cuadrada), para el análisis de datos categorizados a las causas de reintervención.

RESULTADOS

Se revisó una serie de 344 operaciones esofagógicas por reflujo gastroesofágico, realizadas de Enero de 1989 a Mayo de 1997 en el CMN especialidades S.XXI, se excluyeron 12 pacientes a los cuales no cumplieron con los criterios establecidos, obteniendo la selección de 30 pacientes (8.72%), quienes fueron reintervenidos por fracasos de intervención antirreflujo previas.

El 74% de éstos pacientes (22 pacientes), habían sido intervenidos en otros hospitales y el 26% (ocho pacientes) son pertenecientes al CMN Especialidades S.XXI, dos de éstos últimos pacientes, se les realizó una tercera reintervención por complicaciones, no relacionadas a reintervención por cirugía antirreflujo, por lo que no se modificó el número de reintervenciones seleccionados para el estudio. (Ver cuadro 1, gráfica 1).

El 60% fueron femeninos (19 casos), y el resto del sexo masculino (13 casos). (Ver gráfica 2). La edad promedio de 48 años con un rango de 18 - 85 años. El tiempo de recurrencia promedio de los casos reintervenidos en forma electiva fué de un periodo de 2 1/2 años.

El total de reintervenciones de segundo intento de reparación (primera reintervención) fué de 25 casos (83%), los cuales 8 casos del CMN (26%) y 17 casos de otras unidades (57%). Por otra parte, los de tercer intento de reparación (segunda reintervención) fué de 5 casos (17%), provenientes en su totalidad de otras unidades hospitalarias. (Ver cuadro 1, gráfica 1). Se reportaron dos casos ya comentados anteriormente pertenecientes a nuestra unidad a los cuales se les realizó una primera reintervención en un caso por disfunción de gastrostomía y otro caso en segunda reintervención por hemotórax con lesión esplénica, ambos sin relación a falla de la cirugía antirreflujo (ya que no se les realizó algún procedimiento antirreflujo), por lo que no se tomaron como reintervenciones agregadas.

En relación al tipo de Ingreso clasificado al hospital se establecieron dos rubros, los de ingreso en forma electiva con 26 casos (86%), y los de en calidad de urgencia con cuatro casos (14%). De aquellos que ingresaron en forma programada; 8 casos (26%), fueron de recidiva de nuestro hospital y el resto proveniente de otras unidades (18 pacientes, 60%). A todos los que se sometieron a cirugía en forma urgente, provinieron de otra unidad hospitalaria (cuatro casos). (Ver cuadro 2, gráfica 3).

A todo paciente electivo se les corroboró la recidiva de reflujo gastroesofágico además de cuadro clínico; con 2 estudios: el radiológico baritado esófagoduodenal y el endoscópico, reportados como reflujo gastroesofágico en el primero y de esofagitis por reflujo en el segundo (ocho casos para esofagitis severa sin estenosis, diez casos con estenosis y ocho casos para moderada). Se reportaron tres casos asociados con reflujo

alcalino. Se excluyó el estudio manométrico como parámetro para corroborar recidiva del reflujo, ya que en la mayoría de los pacientes no se les realizó (80%).

En cuanto al tipo de abordaje realizados de acuerdo al número de intervención, se observó que de acuerdo a la incisión y antecedentes previos de aquellos sometidos a reparación primaria previa, 6 casos (20%) fué laparoscópico, así un caso (4%), fueron torácico convencional y 23 casos (77%) abdominal convencional. No obstante para el abordaje torácico convencional en el segundo y tercer intento de reparación, se realizaron en dos casos (7%) para cada uno. Por último para el abordaje abdominal convencional se efectuó en 21 casos (70%) y 5 casos (16%) respectivamente. (Ver gráfica 4).

El cuadro clínico de mayor representatividad se caracterizó por referir pirosis en 14 casos, disfagia en 5 , pirosis asociada a disfagia en 7 casos, dolor abdominal agudo en 3 casos , un caso con sepsis; de éste último; secundario a perforación esofágica. (Ver gráfica 5). En los casos de dolor abdominal y sepsis fueron reintervenciones correspondientes a las de urgencia.

Con respecto a las causas (Hallazgos encontrados), que hayan originado el motivo de la reintervención se clasificaron en forma general de acuerdo a tres rubros en base a la clasificación de Klemenschitsch. (Ver Anexo 1). Estableciendo que las causas debidas al defecto mecánico son dos veces más responsables de causar el fracaso de la cirugía antirreflujo que las debidas a defecto en la disección quirúrgica, determinando 20 casos (66.6%) y 5 casos (16.7%) respectivamente, con una $p < 0.05$ siendo estadísticamente significativa. Existe un tercer rubro el cual se encontraron causas asociadas del defecto mecánico con las propias de la disección quirúrgica, clasificandolas como combinadas en 5 pacientes (16.7%). (Ver cuadro 3, gráfica 6).

De las causas especificadas al defecto del mecanismo antirreflujo, la disrupción de la funduplicatura y la funduplicatura ajustada tienen la misma relación causal para la recidiva (33% cada una), sin embargo las causas incluidas al defecto de la disección operatoria, tienen orígenes diversos tales como, torsión gástrica, perforación esofágica y hernia paraesofágica pura, para tales hallazgos su distribución causal es homogénea que varía de un 3 a 12% (rango de 1-2 casos cada uno). (Ver anexo 1).

Llama la atención el porcentaje atribuido a ambos defectos descritos, de los cuales en todos los casos siempre presentaron hernia paraesofágica, dos de ellos relacionados con el fenómeno de deslizamiento (7%) y tres con disrupción de la funduplicatura (10%). Aunado a éstos 5 casos, se establece un total de 8 hernias paraesofágicas (26.6%), dos complicadas con torsión gástrica y una simple; sin relación a alguna otra causa.

Por último en relación a los procedimientos realizados, conviene desarrollarlos de acuerdo al número de intervención antirreflujo; se capturaron de las cirugías de primera intervención, únicamente como antecedente la funduplicatura en 26 casos (86.6%) y

funduplicatura asociada a otro procedimiento en cuatro casos (13.4%), de los cuales tres asociada a vagotomía con piloroplastia y uno con gastrostomía. (Ver gráfica 7).

Los procedimientos realizados en la primera reintervención, es decir para aquellos de segundo intento de reparación, son en su mayoría nueva funduplicatura en 14 casos (46%), dos de éstos con gastroyeyunoanastomosis y otros tres con plastía de hiato (cierre de pilares), el resto únicamente funduplicatura simple. El resto de los procedimientos fueron variables, llama la atención hubo la necesidad de realizar esófagogastroanastomosis en la segunda intervención a diferencia que no se realizaron en la tercera intervención (segunda reintervención). Así como el haber realizado 4 casos de esofagectomía transhiatal (14%), con esofagostomía cervical, duodenostomía y yeyunostomía para ser reprogramados en algún tiempo posterior para una transposición intestinal. De éstos correspondieron 3 pacientes de segunda reintervención y uno para la primera. (Ver cuadro 4, gráfica 8).

La válvula gastroesofágica bajo técnica de Blanco, fueron 4 casos realizados y reportados desde 1989 hasta hace 6 años el último procedimiento efectuado, con un 10% (3 casos) como alternativa de primera reintervención y un 4% (1 caso) de segunda reintervención.

Hubo quienes decidieron realizar funduplicaturas en tres pacientes (10%) de tercer intento de reparación, uno de ellos con gastroyeyunoanastomosis. (Ver cuadro 4, gráfica 8).

Finalmente entonces; la tasa de recidiva de reintervenciones en nuestro hospital corresponde a un 2.3%.

DISCUSION Y CONCLUSIONES.

Existe una casuística totalmente baja de reintervenciones por cirugía antirreflujo en nuestro hospital, en relación a los centros de mayor interés y experiencia en cirugía esofágica reportada en la literatura en seguimiento de 10 años (con casos reportados hasta de 78 pacientes la serie mínima), ya que nuestra unidad hospitalaria reporta total de 30 casos. Así mismo en general se acepta una tasa de recidiva o fallo de al menos el 10% para cualquier tipo inicial de intervención antirreflujo, muy diferente a la obtenida en nuestro centro hospitalario (2.3%). En donde la tasa de recidiva es muy baja.

No se evidenció diferencia significativa en relación al sexo predisponente a reintervención por cirugía antirreflujo, evidentemente la mayoría de las reintervenciones provinieron de otras unidades hospitalarias, en el 74% de los casos independientemente fuesen de primera o segunda reintervención. No se reportó algún caso de tercera reintervención (cuarta cirugía antirreflujo).

El tipo de abordaje mayormente utilizado independientemente del número de reintervención, en definitiva fué el abdominal convencional; no compatible con lo reportado en algunas series en donde aconsejan que la reintervención fuera por vía torácica. Lo que sí llama la atención fué que el abordaje laparoscópico originó únicamente el 20% de dichas reintervenciones, no así lo reportado en la literatura, en donde es de mayor recidiva, ésto puede estar relacionado ya que las funduplicaturas por laparoscopia se iniciaron en los últimos años y la casuística aún es baja en relación a otros centros de concentración.

La preferencia de nuestro hospital en el abordaje fué la abdominal convencional en el 76% de los casos, el resto se utilizó la toracotomía convencional.

La sintomatología por la que los pacientes justifican la recidiva del procedimiento en definitiva fue la pirosis, siendo de segundo término la disfagia asociada.

Todos los casos electivos se les corroboró recidiva con estudio radiológico y endoscópico, lo que avala que en la totalidad de nuestros paciente se estudiaron en forma completa, a excepción del estudio manométrico, el cual fué de reciente ingreso al estudio protocolizado de pacientes con reflujo gastroesofágico, ya que con anterioridad no se contaba con el recurso manométrico en nuestro hospital.

El mayor porcentaje (86%) de los reintervenidos fueron de cirugía programada (electiva), de éstos el 26% fueron recidiva de nuestro hospital. Aquellos reintervenidos en calidad de urgencia (14%), tiene relación con las causas fuera del factor propio del fallo mecánico antirreflujo, sino con el factor propio del procedimiento quirúrgico tales como sus complicaciones inmediatas y a corto plazo, en contraste con la cirugía electiva en donde se demostró en la mayoría de los casos (77%), el fallo mecánico antirreflujo.

En relación a lo anterior queda establecido que las causas debidas al defecto mecánico antirreflujo son dos veces más responsables del fracaso de la cirugía antirreflujo. Es decir el fallo del mecanismo antirreflujo está relacionado 2:1 con respecto a los otros factores causales: por el procedimiento de disección aisladamente o bien en asociación con un factor de fallo mecánico.

De entre las causas de mayor interés fueron la disrupción de la funduplicatura y el efecto ajustado de la misma, al primer factor puede estar originado por el tipo de sutura utilizado (lo ideal un inabsorbible sintético), o bien la tensión de la funduplicatura lo que produce dehiscencia de la funduplicatura. Al segundo factor puede estar relacionado a la mala elección de la técnica utilizada.

Con lo que respecta al factor causal de mayor interés en el defecto del procedimiento de disección fué muy variable, el 80% de dicho defecto se encontró complicación secundaria, tales como torsión gástrica y perforación esofágica. El resto una hernia paraesofágica no complicada, sin embargo éste último hallazgo se encontró en el 20% de la totalidad de los pacientes, no obstante en su mayoría siempre, relacionada con cualquier defecto mecánico, lo que se clasificó en el rubro de factores causales combinados. Siendo difícil de especificar en el pre y transoperatorio, cual de los dos efectos causales fueron los responsables de la reintervención.

Los procedimientos realizados en las primeras reintervenciones son similares a los sugeridos en la literatura mundial para la corrección de la recidiva del reflujo gastroesofágico, siendo de mayor elección la funduplicatura, no así en las segundas reintervenciones ya que llama la atención la utilización de funduplicatura (10%), por tercera ocasión. Hubo quienes utilizaron plastia de la válvula (14%), ó movilización del esófago con disfuncionalización (en un caso de perforación esofágica), o bien anastomosis de primera intención; para corregir la recidiva desde la segunda intervención, esto está relacionado a la calidad del esófago encontrada que excluyó la técnica de funduplicatura. Por tal motivo para las terceras intervenciones en su mayoría deben realizarse procedimientos en donde se maneje el esófago como alternativa para la corrección del antirreflujo, utilizado en el 10% de nuestros casos

Cuando está indicada una nueva intervención después de una operación antirreflujo fallida, la estrategia quirúrgica a seleccionar depende del análisis de las causas de fracaso. Si se trata de la primera reintervención por reflujo persistente y la calidad del esófago y del estómago es adecuada debe realizarse una segunda reparación antirreflujo. La elección de la técnica apropiada depende de nuevo de la evaluación preoperatoria. Si en el cuadro clínico predomina una alteración en el aclaramiento ácido esofágico, se preferirá una funduplicación parcial antes que una total, pues tendrá mayores posibilidades de proporcionar nuevos resultados satisfactorios sin recidivas de la disfagia. De lo contrario si el problema es un fallo puro del mecanismo esfinteriano y la primera operación es una funduplicatura parcial, la reintervención de elección es una funduplicación total.

Para los paciente sometidos a una primera reintervención antirreflujo, los resultados de la operación son casi tan favorables como los de una intervención primaria

No cabe esperar que los resultados a largo plazo de la cirugía antirreflujo sean tan buenos cuando el paciente ha sufrido dos, tres o más intervenciones previas en la región del cardias. La probabilidad de daño hístico extenso en la zona del cardias es grande, y debe preverse la necesidad de practicar una esofagectomía y una interposición en lugar de intentar reconstruir por tercera vez el esófago distal con un tejido cicatrizal previo lesionado.

Por otro lado si se ha abierto ampliamente el hiato, puede ser necesario colocar algunos puntos posteriores en los pilares, también para impedir una herniación y evitar una torsión o un vólvulo gástrico.

Las reintervenciones tras operaciones antirreflujo fallidas son una tarea complicada. Nunca se hará demasiado incapié en que estos pacientes requieren una evaluación diagnóstica detallada y una clasificación cuidadosa de la causa del fracaso de la cirugía previa antes de decidir la indicación de realizar cualquier tipo de nueva cirugía.

En definitiva las reintervenciones son especialmente difíciles, suponen un reto para el cirujano y un riesgo para el paciente. La decisión de reintervenir nunca debe tomarse a la ligera, sin haberse estudiado el caso y trazado un plan detallado, que incluya un conocimiento de las soluciones alternativas a tomar si se presentan dificultades severas.

ANEXO I

Las Causas Clasificadas se refieren a los hallazgos operatorios encontrados en las reintervenciones y se distribuyeron de acuerdo a la Clasificación de Klementschtsch (12), dicha clasificación del autor, describe las causas de los síntomas después de la cirugía antirreflujo de la siguiente forma:

Clasificación de Klementschtsch.

Grupo I. Fracaso del mecanismo de esfínter para detener el reflujo.

Grupo II. Fracaso del aclaramiento esofágico.

Grupo III. Fracaso del mecanismo del esfínter y del aclaramiento esofágico.

Grupo IV. Reflujo gastroesofágico alcalino.

Grupo V. Inexistencia de reflujo.

De acuerdo a lo anterior establecemos nuestras Causas Clasificadas en:

Defecto del Mecanismo antirreflujo : (casos)

se refieren a los Grupos I, II y III.	Disrupción de la funduplicatura.....	10
incluyen las causas encontradas como:	Estenosis por funduplicatura ajustada.....	10
	Fenómeno de deslizamiento de la funduplicatura	0

Defecto del Procedimiento de Disección Quirúrgica:

se refieren a los Grupos IV, V así como a las complicaciones encontradas:	Hernias paraesofágica no complicada ni asociada a otra causa.	1
	Hernia paraesofágica complicada (Torsión gástrica.....	2
	Perforación esofágica.....	2

Combinadas:

se refiere a los dos grupos previos clasificados en forma asociada tales como:	Hernia Paraesofágica + Disrupción de la funduplicatura.....	3
	Hernia Paraesofágica + Fenómeno de Deslizamiento.....	2
	(TOTAL).....	30

ANEXO II

CUADRO 1.

REINTERVENCIONES DE ACUERDO AL LUGAR PROVENIENTE DE CIRUGIA PREVIA Y AL NUMERO DE REINTERVENCIONES

NUMERO DE REINTERVEN- CIONES	CENTRO MEDICO NACIONAL		OTRAS UNIDADES		TOTAL	
	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%
1° REINTERVENCION	8	26	17	57	25	83
2° REINTERVENCION	0	0	5	17	5	17
TOTAL	8	26	22	74	30	100

CUADRO 2.

REINTERVENCIONES DE ACUERDO A TIPO DE INGRESO Y AL LUGAR PROVENIENTE DE ORIGEN.

TIPO DE INGRESO	CENTRO MEDICO NACIONAL		DE OTRAS UNIDADES		TOTAL	
	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%
URGENCIA	0	0	4	14	4	14
ELECTIVA	8	26	18	60	26	86
TOTAL	8	26	22	74	30	100

CUADRO 3.

CAUSAS CLASIFICADAS* DE REINTERVENCIONES EN CIRUGIA ANTIRREFLUJO

REINTERVENCIONES	MECANICAS	DE DISECCION QUIRURGICA	COMBINADAS	TOTAL
NUMERO DE CASOS	20	5	5	30
PORCENTAJE %	66.6	16.7	16.7	100

* VER ANEXO I

ESTA TESIS NO DEBE
DE

**CUADRO 4.
PROCEDIMIENTOS REALIZADOS DE ACUERDO AL NUMERO DE
REINTERVENCION**

PROCEDIMIENTO	PRIMERA REINTERVENCION		SEGUNDA REINTERVENCION		TOTAL	
	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%
FUNDUPLICATURA	9	30	2	6	11	36
FUNDUPLICATURA + GYA *	2	6	1	4	3	10
FUNDUPLICATURA+ PLASTIA DE HIATO	3	10	0	0	3	10
PLASTIA DE HIATO	3(>)	10	0	0	3	10
VALVULA GASTROESOFAGICA (PROC. BLANCO)	3	10	1	4	4	14
ESOFAGOGASTRO+ VAGO+PILORO "	2(>)	6	0	0	2	6
DISFUNCIONALIZACION ESOFAGICA ^	1	4	3	10	4	14
TOTAL	23	76	7	24	30	100

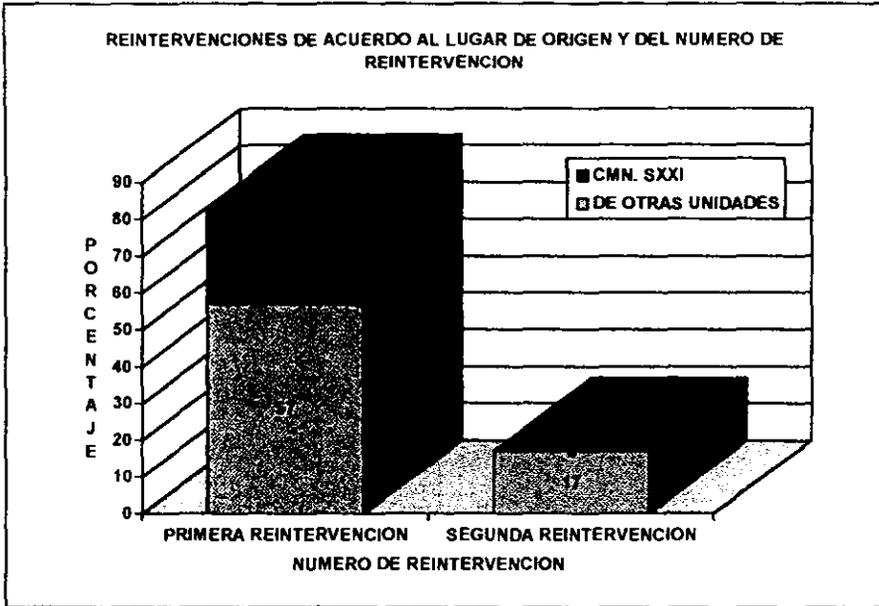
* Gastroyeyunoanastomosis.

" Esófagogastroanastomosis + vagotomía + piloroplastia.

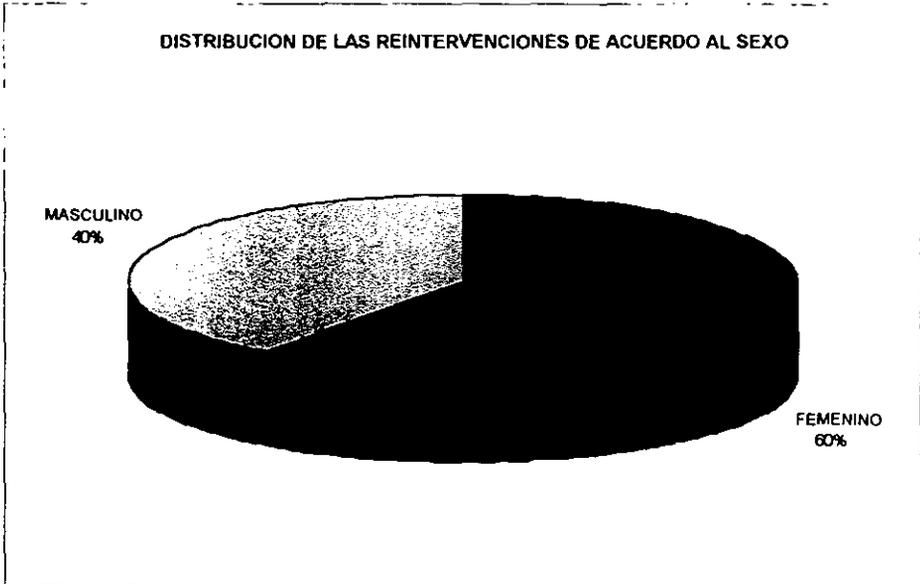
^ Esofagectomía distal transhiatal + esofagostomía + duodenostomía + yeyunostomía

➤ Se les realizaron reintervención por complicaciones: remodelación de gastrostomía en un caso de plastia de Hiato y otro caso de esofagogastroanastomosis para control de hemorragia por lesión esplénica con esplenectomía, drenaje de hemotórax.

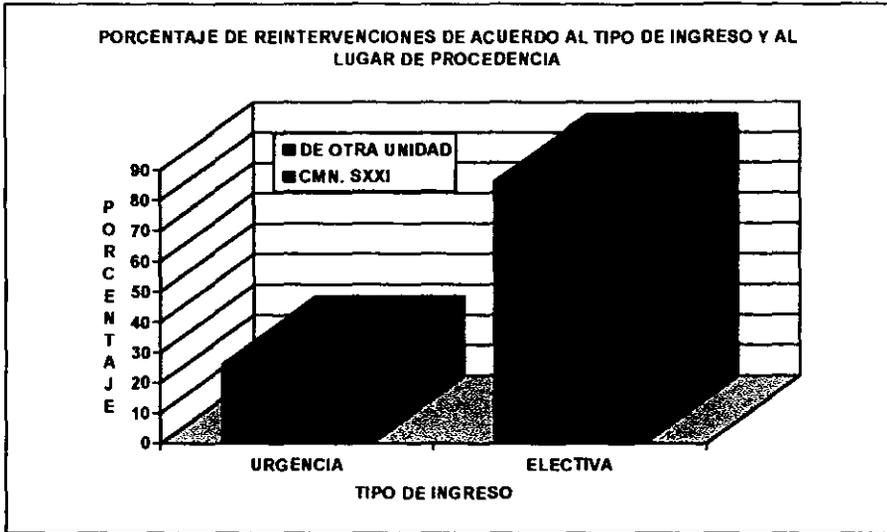
ANEXO III.
GRAFICA 1



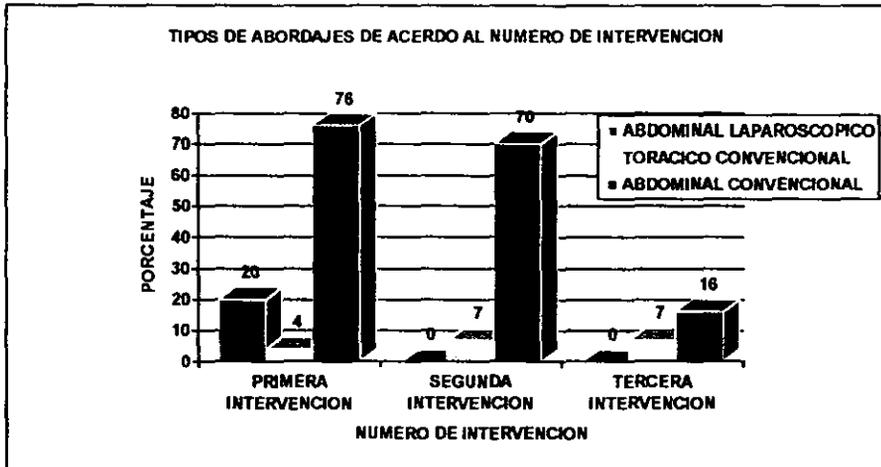
GRAFICA. 2.



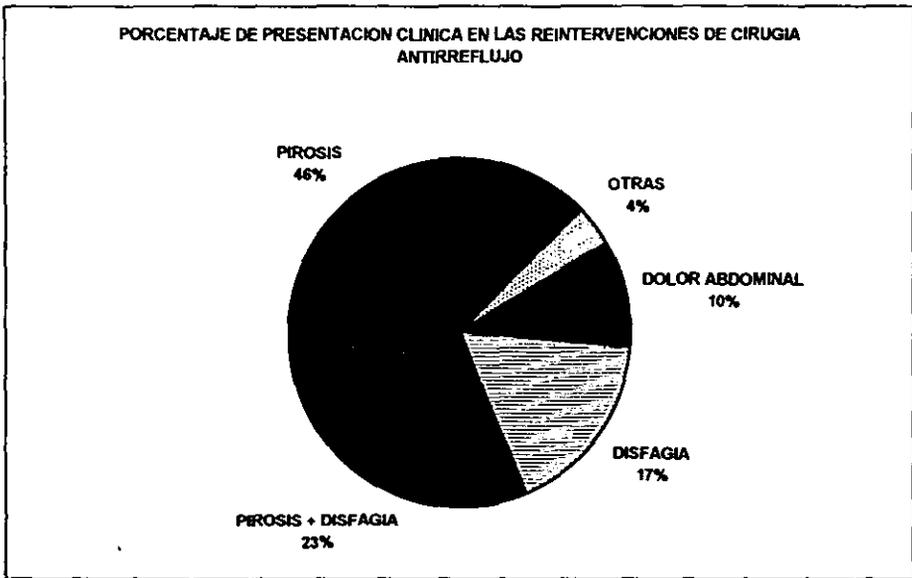
GRAFICA 3



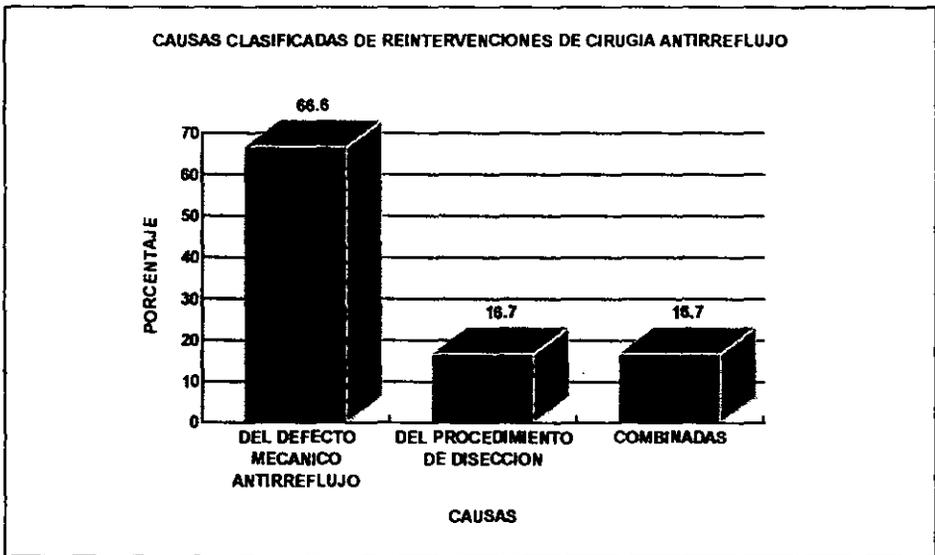
GRAFICA 4.



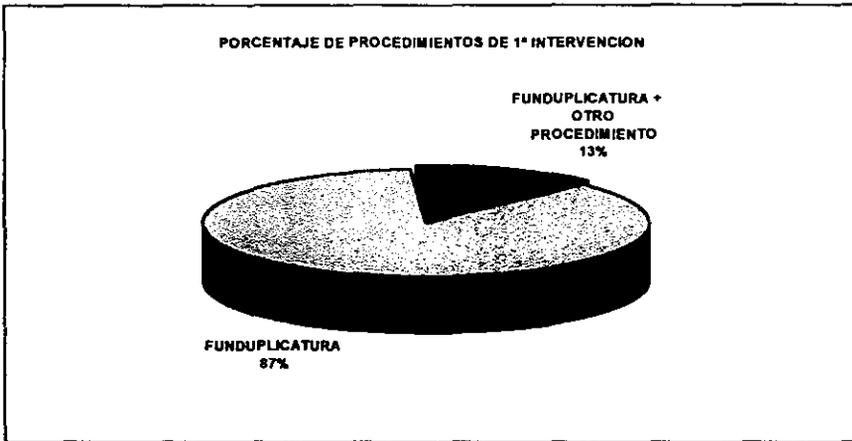
GRAFICA 5.



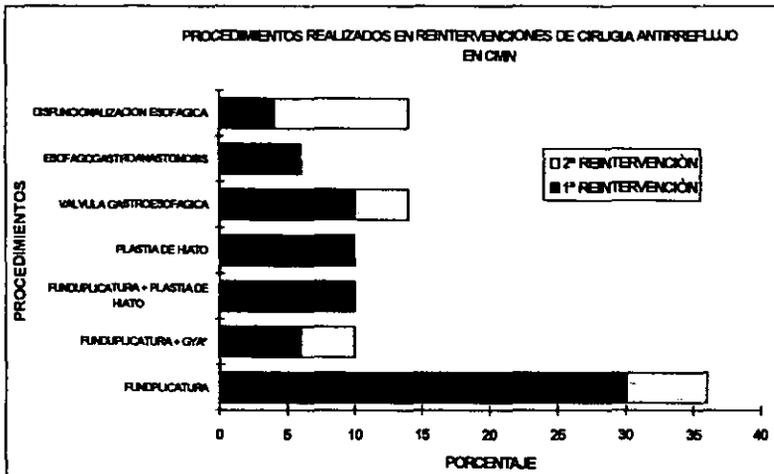
GRAFICA 6.



GRAFICA 7.



GRAFICA 8.



BIBLIOGRAFIA.

- (1).Skinner DB: Reoperative esophageal surgery. In Tomkins RK (ed): Reoperative Surgery. Barcelona, Doyma, 1991: 15-40.
- (2).Howard K, Leonardi MD, Henry EL. Complications of the Nissen Funduplication. Surgical Clinics of North America. 1983, 63 (6):1155-1165.
- (3).Clement A, Lucius D, Donald E, Ronald B. Estudio y tratamiento de la hernia hiatal y del reflujo gastroesofágico. En Shackelford (de): Cirugia del Aparato Digestivo. Argentina, Médica Panamericana. 1991: 214-296.
- (4).Hunter J, Swanstrom L, Waring P. Dysphagia After Laparoscopic Antireflux Surgery. Ann Surg 1996;1:51-57.
- (5).DeMeester TR, Bonavina LM, Albertucci MG. Nissen Funduplication for Gastroesophageal Reflux Disease. Ann Surg 1986; 204: 9-20.
- (6).Cordiano C, Rovere G, Aguriaro S. Technical Modification of Nissen Funduplication Procedure. Surg Gynecol Obstet 1976; 143: 977-978.
- (7).Little AG, Ferguson MK, Skinner DB. Reoperation for Failed Antireflux Operations. J Thorac Cardiovas Surg 1986; 91:511-517.
- (8).Rossetti M, Donahue P, DeMeester T. Nissen antireflux operation and transthoracic antireflux procedures. In Nyhus LM (ed): Mastery of Surgery. Philadelphia, JB Lippincott. 1992, 504-533.
- (9).Edward W, Humphrey M. Reoperation following surgery of the esophagus. In Donald G (ed): Reoperative General Surgery. St Louis, Mosby, 1992:574.
- (10).Urschel JD. Complications of antireflux surgery. Am J Surg 1993 166:68-70.
- (11).Shirazzi SS, Schulze K, Soper RT. Long-term follow-up for treatment complicated chronic reflux oesophagitis. Arch surg 1987. 122:548-552
- (12).Skinner DB, Klementsich P, Little AG, DeMeester TR, Belsey RHR. Assessment of failed antireflux repairs. In Skinner DB, deMeesterTR (eds): Esophageal Disorders-Pathophysiology and Therapy. New York. Raven Press, 1985.
- (13).Lucius D, Hill R. Reoperations for Disrupcion of Recurrence After Nissen Funduplications. Arch surg 1979; 114:542-548
- (14).Fekete F, Pateron D. What is the Place of Antrectomy With Roux-Y in the Treatment of Reflux Disease?. Experience with 83 Total Duodenal Diversions.World J Surg 1992 16:349-54.
- (15). Katariya K, Harvey JC, Pina E. Complications of Transhiatal Esophagectomy. J Surg Oncol. 1994; 57:157-63.
- (16).Jeffrey R . Balison M, Alexander M. Postoperative Diaphragmatic Herniation Following Transthoracic Funduplication. Arch surg 1973; 106:164-166.
- (17).Takeshi T, RichardM, Alderete J. Esophageal Hiatus Hernia After Funduplication. Am Surgeon 1994; 11:869-871.
- (18).Rogers DM, Herrington JL, Morton C. Incidental Splenectomy Associated With Nissen Funduplication. Ann Surg 1980; 191:153-156.
- (19).Chong WK, Constant OC.Gastrobronchial Fistula. Clin Radiol 1990; 41:141-142.
- (20).Ballesta L, Vallet F, Catarci M, Bastida V. Iatrogenic Perforations of the Esophagus. Int Surg 1993; 78:28-31.

- (21).Collard JM, Koninck J, Otte JB. Intrathoracic Nissen funduplications: Long-term Clinical and PH-Monitoring Evaluation and Abdominal. *Ann Thorac surg* 1991, 51:34-38.
- (22).Patterson G, Gatzinsky P, Surgical Treatment of Syntomatic Gastroesophageal Reflux Recurring After Hiatal Hernia Repair. *Acta Chir Scand* 1985; 15:457-460.