

31 11209

2ej.

Cirugía antireflujo. Dra. Fonseca /
Dr. González
Pag.

**CIRUGIA ANTIREFLUJO
EN EL HOSPITAL GENERAL
" DR. GONZALO CASTAÑEDA "
I.S.S.S.T.E.**

1997

AUTORES

**DRA. NELLY DEL SOCORRO FONSECA SOLANO,
RESIDENTE DE CIRUGIA GENERAL
" HOSPITAL GENERAL
" DR. GONZALO CASTAÑEDA " I.S.S.S.T.E.
MANUEL GONZALEZ # 200 COLONIA NONOALCO TLALTELOLCO.
C.P. 06300 TELEFONO 7 82 42 98**

**DR. MARCO A. GONZALEZ ACOSTA.
COORDINADOR DE CIRUGIA GENERAL.
HOSPITAL GENERAL " DR. GONZALO CASTAÑEDA "
I.S.S.S.T.E.**

COAUTORES

**DR. HIPOLITO SANTIAGO CRUZ.
MEDICO ADSCRITO. HOSPITAL GENERAL
" DR. GONZALO CASTAÑEDA "
I.S.S.S.T.E.**

**DR. FRANCISCO DIAZ DE LEON.
MEDICO ADSCRITO
HOSPITAL GENERAL " DR. GONZALO CASTAÑEDA "
I.S.S.S.T.E.**

277644

**TESIS CON
FALLA 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.

AGRADECIMIENTOS

DR. LUIS BERUMEN CARDENAS.
SERVICIO DE ENDOSCOPIA. HOSPITAL GENERAL
" DR. GONZALO CASTAÑEDA "
I.S.S.S.T.E.

DR. FERNANDO DIAZ NARANJO.
JEFE DE SERVICIO DE IMAGENOLOGIA Y DIAGNOSTICO,
CLINICA INDIANILLA.
DR. CLAUDIO BERNARD # 85
COLONIA DOCTORES.
TELEFONO 5 78 63 36

DRA. GRACIELA VILLALOBOS BENITEZ.
MEDICO ADSCRITO. SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR.
HOSPITAL REGIONAL " LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS "
I.S.S.S.T.E. "
AVENIDA UNIVERSIDAD # 1321.
COL. FLORIDA C.P. 01030
TELEFONO 6 61 44 69

RESUMEN CLINICO

Se realiza un estudio clínico, longitudinal, retrospectivo y abierto para determinar la eficacia de la funduplicatura tipo Nissen en pacientes con hernia hiatal y Reflujo gastroesofágico.

Se intervienen 44 pacientes de funduplicatura tipo Nissen del uno de Enero de 1994 al treinta de Junio de 1996, de los cuales se excluyen 36 pacientes: 12 por no aceptar el protocolo, 11 por seguimiento incompleto y 3 fallecen por causas ajenas a la cirugía.

Se les realizó en el Postoperatorio: valoración clínica de Visick (I al IV), Endoscopia estandarizada por la clasificación de Savary - Miller para esofagitis (grados I al IV) estenosis grados I al III, competencia de la funduplicatura y reflujo gastroesofágico por SEG y Gammagrafia. De 18 pacientes, 15 (p: 83.33) presentan funduplicatura competente por endoscopia, radiografía y gammagrafia con Visick I;3 presentan los siguientes datos, Pacientes 1: esofagitis grado IV, infección por Helicobacter pylori, gastritis antral y RGE. Paciente 2: esofagitis grado III, esófago de Barret, pangastritis crónica, gastritis antral, infección por Helicobacter pylori y RGE. Paciente 3: Estenosis grado II, pangastritis crónica, gastritis antral e infección por Helicobacter pylori.

Obteniendo una significancia estadística de p: 0.014, entre la valoración clínica de Visick y los resultados de gabinete.

PALABRAS CLAVE : CIRUGIA ANTIREFLUJO.
FUNDUPLICATURA TIPO NISSEN

SUMMARY

A clinical examination was made, longitudinally, retrospective and opened to determine the efficacy of the funduplicature Nissen type on patients with hiatus hernia and gastroesophageal reflux.

44 patients were operated by the funduplicature Nissen type from the 1th of january 1994 until the 30th of june 1996. 36 of them are not taking account because 12 did not accept, 11 did not stayed under medical trial, and 3 died of causes which are not related to the surgery.

In the postoperative step they had a Visick clinical rate (grades I to IV), standarized endoscopy by the Savary - Miller classification for esophagitis (grades I to IV), stenosis (grade I to IV) competence funduplicature and the gastroesophageal reflux by EGDS and gammagraphy.

Of the 18 patients, 15 patients (p:83.33), showed competence funduplicature by endoscopy, radiology and gammagraphic by Visick I; 3 patients (P: 16.66) show the next rates, patient 1: esophagitis grade IV, infection by Helicobacter pylori, gastritis antral and GRE. Patient 2: esophagitis grade III, Barret´s esophagus, chronic pangastritis, gastritis antral, infection by Helicobacter pylori and GER. Patient 3: stenosis grade II, chronic pangastritis, gastritis antral and infection by Helicobacter pylori.

A significance stadistical of P:0.014 was obtained between the Visick clinical rate and cabinet.

KEY´S WORDS : Surgery antireflux
Funduplicature type Nissen.

INTRODUCCION

En los años 50's, Allison (1) y Barret (2,11) introducen en forma independientemente el concepto de " Reflujo gastroesofágico ". Se sabe desde entonces que la importancia de la enfermedad no estriba en la cantidad de reflujo encontrado en un momento dado, sino a la frecuencia y prevalencia de la sintomatología, lo que a su vez hace la diferencia entre el flujo normal y patológico. (3), este último de importancia para realizar un procedimiento quirúrgico antireflujo y evitar sus complicaciones.

La incidencia del reflujo gastroesofágico se atribuye a una casuística multifactorial (edad, sexo, dieta, medicamentos, etc.) (4,5).

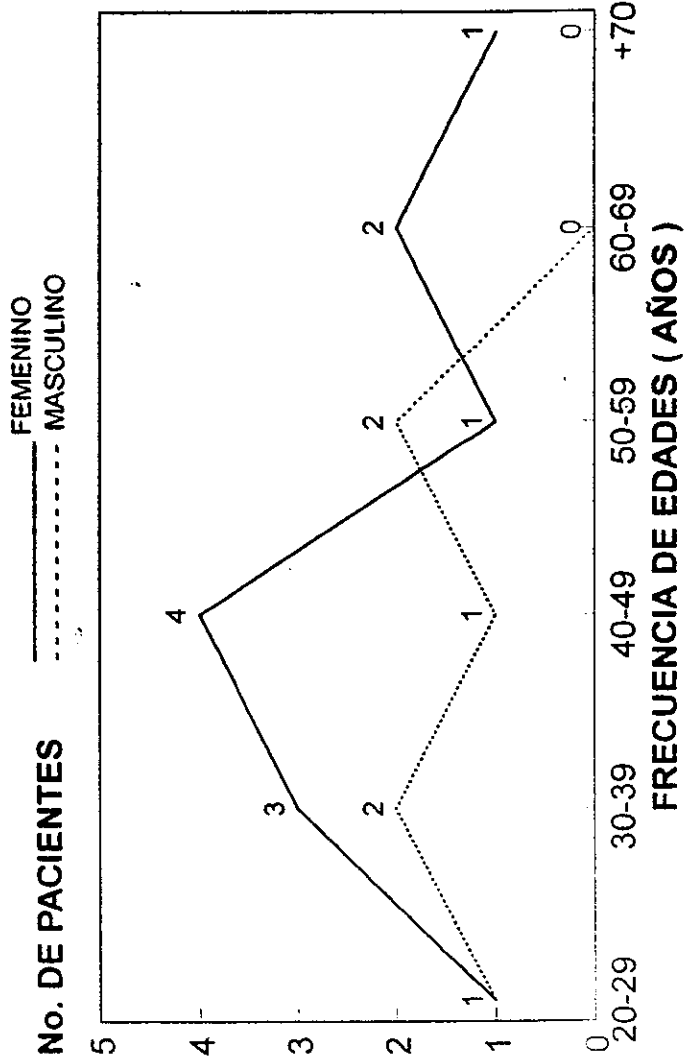
La primera descripción anatómica de una hernia hiatal la realizan Harrigton y Sweet (6,7) en 1955; refiriendola como un desplazamiento de la unión EG hacia el torax, por una alteración de las estructuras anatómicas, lo que favorece la hernia hiatal y / o RGE. Por ello, la tendencia actual es mejorar la competencia del EEI, para favorecer las condiciones fisiológicas del mismo.

En un 80 - 95 % de los pacientes, la sintomatología (8,9) de reflujo gastroesofágico persiste de uno a tres años antes del diagnóstico de hernia hiatal y solo el 15 % de los pacientes con reflujo sin HH. Esta sintomatología, esofágica y extraesofágica (10,12) es útil para el diagnóstico clínico que aunado a la endoscopia, SEG, Gammagrafía, manometría y pH-Metría evalúan la actividad motora del esófago, además de la capacidad de aclaramiento. (13,14). El manejo de la enfermedad por reflujo, dependerá de la duración y severidad del cuadro; utilizando las tres fases extensamente estudiadas, siendo el porcentaje de curación del 53 - 90 % con medidas generales y medicación combinada.

El tratamiento quirúrgico se reserva a un 5 - 10 % de pacientes (19), en los que persiste la sintomatología después del tratamiento médico de 8 a 12 semanas o la aparición de cualquier complicación.

De todas las técnicas antireflujo descritas en la literatura, la Funduplicatura tipo Nissen, con todas sus modificaciones es la que proporciona un tratamiento exitoso para el control del reflujo gastroesofágico. (24,28)

PACIENTES POST CIRUGIA ANTIRREFLUJO TIPO NISSEN POR EDAD Y SEXO



GRAFICA 1

CLASIFICACION DE SAVARY - MILLER

ESOFAGITIS	
GRADO I	una o más lesiones mucosas no confluentes, longitudinales, eritema con o sin exudado por arriba de la unión esofagagástrica
GRADO II	Lesiones exudativas y erosivas que no cubren la totalidad de la circunferencia del esófago
GRADO III	Lesiones exudativas y erosivas que cubren la totalidad de la circunferencia del esófago
GRADO IV	Lesiones mucosas crónicas con úlceras profundas con o sin estenosis

CLASIFICACION DE ESTENOSIS

GRADO I (leve)	Diámetro mayor o igual a 12 mm. El endoscopio de 36 Fr. pasa facilmente.
GRADO II (moderada)	Diámetro mayor de 10 mm. y menor de 12 mm. El endoscopio de 36 Fr. pasa con dificultad
GRADO III (severa)	Diámetro menor de 10 mm. El endoscopio de 36 Fr. no pasa.

CUADRO 1

REFERENCIA 25

MATERIAL Y METODOS

Para conocer el resultado del tratamiento quirúrgico en pacientes postoperados de Funduplicatura tipo Nissen, se realizó con un test inicial para obtener la clasificación clínica de Visick; (cuadro 1); endoscopia estandarizada por la clasificación de Savary - Miller incluyendo grados de esofagitis y estenosis (cuadro 2); SEGD de sensibilidad y especificidad variable para reflujo gastroesofágico; y; centellografía para obtener por la fórmula esófago menos fondo cuentas para reflujo gastroesofágico positivo o negativo (cuadro 3)(17,27).

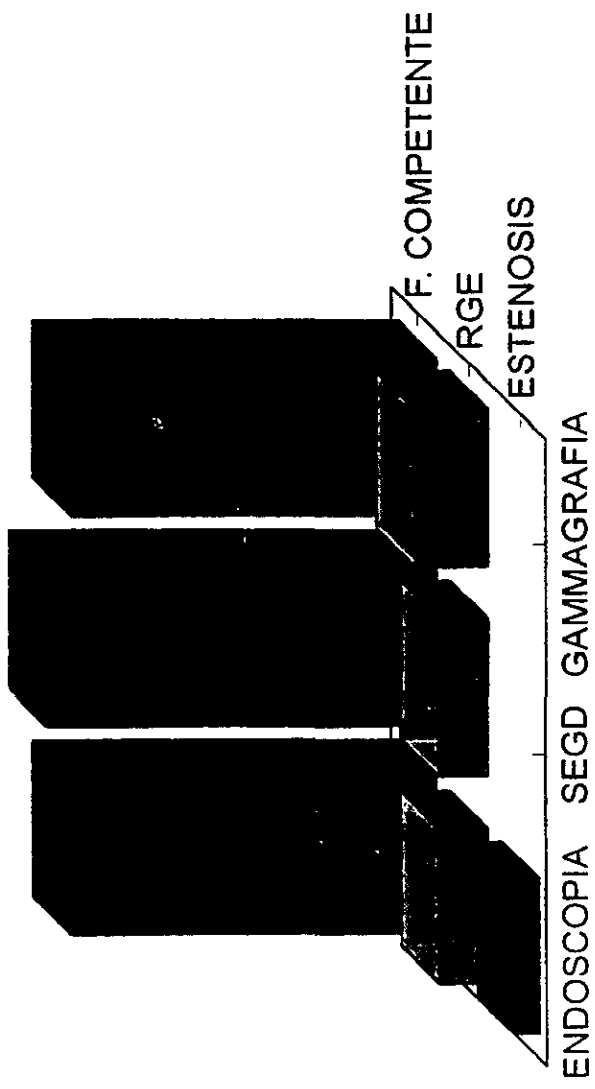
Con base en los estudios realizados se analiza la efectividad de la funduplicatura tipo Nissen en el tratamiento de RGE y hernia hiatal, aplicando un análisis de varianza CHI^2 y Kruskal - Wallis.

RESULTADO DE LOS PACIENTES POSOPERADOS POR LA CLASIFICACION CLINICA DE VISICK

VARIABLE	No.	PORCENTAJE	TOTAL
VISICK I	15	83.33	15
VISICK II	2	11.11	2
VISICK III	1	5.55	1
VISICK IV	0	-	-

CUADRO 2

RESULTADOS ENDOSCOPICO, RADIOGRAFICO, GAMAGRAFICO EN PACIENTES POSTOPERADOS DE FUNDUPLICATURA TIPO NISSEN



GRAFICA 2

RESULTADOS

De 44 pacientes postoperados de Funduplicatura tipo Nissen en el Hospital General " Dr. Gonzalo Castañeda " I.S.S.T.E., se excluyeron 12 pacientes por no aceptar el protocolo, 11 por seguimiento incompleto y 3 fallecen por causas ajenas a la cirugía. De los 18 pacientes que completaron el protocolo, el 83.33 % (15 pacientes) reportaron Visick I, el 11.11 % (2 pacientes) Visick II y 5.55 % (1 paciente) con Visick III (cuadro 2).

Endoscópicamente se encontraron 2 pacientes (p: 11.11) con reflujo gastroesofágico que se corroboró por SEG D y Gammagrafía .

Funduplicatura competente en 15 pacientes (p: 83.33) corroborada por endoscopia, gammagrafía y radiográficamente. (gráfica 2). El paciente con estenosis endoscópica no se corroboró por SEG D ni por gammagrafía.

Los resultados clínicos y de gabinete se detallan en el cuadro No 3. A las complicaciones y métodos diagnósticos utilizados se le dá una significancia estadística de 0.016 y 0.014 respectivamente.

RESULTADO POR ESTUDIOS DE GABINETE

PACIENTES	ENDOSCOPIA	Rx.	GAMA
# 1	ESOFAGITIS G. IV INF. POR H. PYLORI GASTRITIS ANTRAL	RGE	RGE
# 2	ESOFAGITIS G. III E. BARRET PANGASTRITIS CRONICA. GASTRITIS ANTRAL. INF. POR H. PYLORI	RGE	REG
# 3	ESTENOSIS G. II PANGASTRITIS CRONICA. GASTRITIS ANTRAL INF. POR H. PYLORI	-	-

CUADRO 3

DISCUSION

La técnica antireflujo tipo Nissen, realizada para corregir la competencia del EEI, y las modificaciones de ésta, ha sido la más aceptada, aún con los síntomas postoperatorios secundarios (20, 21) disminuyendo estos al mejorar la calibración y la longitud de la funduplicatura (31).

El resultado de esta técnica, tiende a mejorar las condiciones fisiológicas más que anatómicas, ya que el reflujo resulta de un defecto fisiológico (15).

En este estudio resalta la centellografía que nos proporciona una alta sensibilidad para reflujo gastroesofágico (S: 86- 95 %), ya que detecta de manera más objetiva y exacta el grado de RGE en comparación con los otros métodos diagnósticos.

Aunque se han llevado a cabo estudios comparativos entre manometría y pH-Metría (15,22,23,26,) considerandose estos más fidedignos para detectar el reflujo, no fué posible realizarlos por carecer de éste recurso en nuestra Institución.

CONCLUSIONES

- 1.- El tratamiento quirúrgico, es eficaz en pacientes con reflujo gastroesofágico sin respuesta al tratamiento médico.
- 2.- La técnica tipo Nissen, mostró buenos resultados clínicos postoperatorios así como una morbimortalidad baja.
- 3.- La endoscopia nos proporciona una sensibilidad alta en la valoración de los resultados de la cirugía antireflujo.
- 4.- La centellografía esofagogástrica postoperatoria presenta mayor sensibilidad para detectar reflujo gastroesofágico en comparación con fluoroscopia, aplicable a su vez para valoración preoperatoria ya que contamos con este recurso.
- 5.- La realización de este estudio con una muestra mayor y seguimiento a largo plazo podría darnos resultados estadísticos mas significativos.
- 6.- El objetivo de la técnica es eficaz y cumple con lo planeado, si se realiza con indicaciones establecidas y bajo normas técnicas ya estandarizadas.
- 7.- A todo paciente con sintomatología de RGE, se le debe buscar en forma intencionada la presencia de *Helicobacter pylori*

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Allison PR: reflux esophagitis, sliding hiatal hernia, and the anatomy of repair. Surg Gynecol Obstet. 1951, 92: 419 - 25
- 2.- Barret NR: chronic peptic ulcer of the oesophagus and oesophagitis. BR J. surg. 1952, 38:175 - 82
- 3.- Wienbeck M, Barnert J. Epidemiology of reflux disease and reflux esophagitis. Scan J Gastroenterol 1989, 24 (suppl 156): 7 -13.
- 4.- Nasser K, Altorky MD, Skinner DB. Pathophysiology of gastroesophageal reflux. Am J Med 1989, 86:685 - 89.
- 5.- Stacher G, Weiss W. Diagnosis of gastroesophageal reflux disease. Scand J Gastroenterol 1989, 24 (suppl 156): 21 - 24
- 6.- Harrington SW. Esophageal hiatal diafragmatic hernia Surg Gynecol Obstet 1955, 100: 227 - 32.
- 7.- Sweet RH. Esophageal hiatus hernia of the diaphragm, the anatomic characteristics, technic of repair and results of treatment in 111 consecutive cases. Ann Surg, 1952, 135: 1 - 13

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 8.- Barlow AP, DeMeester TR, Ball CS, pasch EP. The
significance of the gastric secretory state in
gastroesophageal reflux disease. *Ann Surg.* 1989,
124 (8): 937 - 40
- 9.- Cohen S, Harris DL. The lower esophageal sphincter.
Gastroenterology 1972, 66: 1066
- 10.- Bennett JR. Aetiology, pathogenesis, and clinical
manifestations of gastroesophageal reflux disease. *Scand J gastroenterol* 1988, 23
(suppl 146): 67 - 72
- 11.- Breemner CG. Barrett's esophagus. N: DeMeester TR,
Mathews HR, eds. *International trends in general thoracic
surgery. Vol 3: benign esophageal disease.* St. Louis CV
mosby. 1987:227 - 39
- 12.- Deschner WK, Benjamin SB. Extraesophageal
manifestations of gastroesophageal reflux disease.
Am J gastroenterol 1989, 84 (1) 5.
- 13.- Fyke FE Jr, Code D.F. Schlegel JF. The lower gastroesophageal
sphincter in healthy human beings. *Gastroenterology* 1956,
86:135 - 50.
- 14.- Tuttle SG, Grossman MI. Detection of gastroesophageal
reflux by simultaneous measurement of intraluminal
pressure and pH. *Proc soc biol med* 1958, 98:225 - 27

- 15.- Kaul B, Petersen H, Grette K, Erichsten H, Myrvold HE.
Scintigraphy, ph measurement, and radiography in the
evaluation of gastroesophageal reflux.
Scan J gastroenterol 1985, 20:289 - 94
- 16.- Foo TKF, Sawyer AM, Faulkner WH, Mills DG. Inversion in
the steady state: contrast optimization and reduced
imaging time with fast three - dimensional inversion -
recovery - prepared GRE pulse sequences. Radiology
1994,191:85 - 90
- 17.- Silberstein EB, Mc Afee JG. Differential diagnosis in nuclear
medicine. 24, 25: 1984: 149 - 57.
- 18.- Guarner V. Esófago normal y patológico. Ed. UNAM. 1983.
- 19.- Berstein LM, Baker LA. A clinical test for esophagitis. -
Gastroenterology 1958, 34: 760 - 81.
- 20.- Gibson Mar, et al. Br Med J 1983, 287: 465 - 66.
- 21.- Spencer J. The use of prolonged pH recording in the
diagnosis of esophageal reflux. Br J Surg
1969, 56:912 -14
- 22.- Jhonson LF, DeMeester TR. twenty - four hour ph
monitoring of sital esophagus reflux. Am J gastroenterol
1974, 62: 325 - 32.
- 23.- Allison PR: Hiatus hernia: a 20 year retrospective - surgery.
Ann Surg 1973, 178: 273 - 76

- 24.- Savary m, Miller G. L´oesophage. Manual et atlas d´endoscopie
- 25.- Ott DJ, Ledbetter MS, Kofmann JA, Chen MYM, Globus - pharyngeus: radiographic evaluation and 24 hour ph monitoring of the pharynx and esophagus in 22 patients. Radiology 1944, 191: 95 - 7.
- 26.- Radiología del aparato digestivo, I. México. Salvat 1977. 490 - 540.
- 27.- Breumelhof R, Smout AJPM, Schyns MWRJ, Bronzwaer PWA, Akkermans LMA, Jansen A. Prospective Evaluation of the effects of Nissen funduplication on gastroesophageal reflux. Surg Gynecol Obstet 1990, 171 (8): 115 -19.
- 28.- Mastery of surgery. Boston. Chicago / London. Brown Company. 504 - 19

REVISION Y APROBACION
DE TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE CIRUJANO GENERAL

CIRUGIA ANTIREFLUJO EN EL HOSPITAL GENERAL
" DR. GONZALO CASTAÑEDA "
DRA. NELLY DEL SOCORRO FONSECA SOLANO

De los Jefes de Servicio o Departamento que en alguna forma participan
en el desarrollo de la investigación:

CIRUGIA ANTIREFLUJO EN EL HOSPITAL GENERAL
" DR. GONZALO CASTAÑEDA "
DRA. NELLY DEL SOCORRO FONSECA SOLANO

NOMBRE : DR. MARCO ANTONIO GONZALEZ ACOSTA

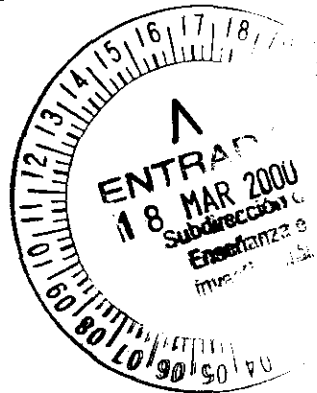
FIRMA

NOMBRE DR. HIRONTO SANTIAGO CRUZ

FIRMA

NOMBRE DR. FRANCISCO DIAZ DE LEON

FIRMA



Del Jefe de Investigación de la Unidad

NOMBRE DR. GONZALO SAAVEDRA CUEVARA

FIRMA

