

11209

132



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"

CIRUGIA ANTIRREFLUJO POR LAPAROSCOPIA

EXPERIENCIA DE UN AÑO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO GENERAL
P R E S E N T A :
DR. ARISTIDES / SUASTEGUI ZARATE

ASESORES DE TESIS:

DR. JUAN PEDRO AMEZCUA PEREZ

DR. AUGUSTO CESAR RESENDIZ RAMIREZ



IMSS

MEXICO, D. F.

290724

FEBRERO 1998

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

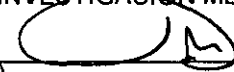
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CIRUGIA ANTIRREFLUJO POR LAPAROSCOPIA EXPERIENCIA DE UN AÑO

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACION MÉDICA

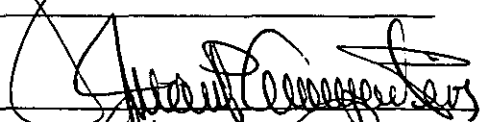
DR. ARTURO ROBLES PARAMO



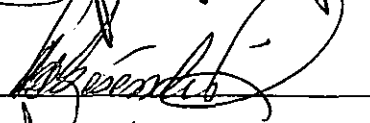
DR. JOSE FENIG RODRIGUEZ
MJS. DEPTO. CIRUGIA GENERAL



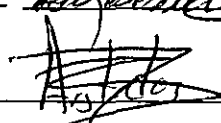
INVESTIGADOR PRINCIPAL
DR JUAN PEDRO AMEZCUA PEREZ



ASESOR DE TESIS
DR AUGUSTO CESAR RESENDIZ RAMIREZ



PRESENTA
DR ARISTIDES SUASTEGUI ZARATE



Número de Registro de Protocolo en la coordinación Delegacional de educación e Investigación Médica 98 690 0063



hospital de especialidades

DIVISION DE EDUCACION
E INVESTIGACION MEDICA

RESUMEN

CIRUGIA ANTIRREFLUJO POR LAPAROSCOPIA EXPERIENCIA DE UN AÑO

Objetivo: Analizar morbilidad y mortalidad en cirugía laparoscópica del hiato.

Material y Métodos: Estudio transversal, descriptivo, en el HGZ #24 de Diciembre de 1996 a Diciembre de 1997.

Resultados: Se ingresaron 80 pacientes, 55 mujeres (68.75%) y 25 hombres (31.25%), el diagnóstico de hernia hiatal se realizó en 68.75% y reflujo gastroesofágico con hernia hiatal en 31%, el protocolo de estudio incluyó endoscopia en 33.75%, SEGD en 31.25% y manometría en 5%.

Se practicó procedimiento antirreflujo tipo Nissen en 77.75%, Toupet 16.25% y Guarner en 5%, se agregó colecistectomía, seromiotomía anterior en 1.25%, esofagopexia y gastroplastía anterior en 1.25%. El tiempo quirúrgico promedio fue 110 min. La morbilidad transoperatoria incluyó laceración lóbulo hepático izquierdo 1.25%, perforación esofágica 1.25% y enfisema subcutáneo 1.25% y la temprana fue del 1.25%.

El seguimiento fue de 12 meses, un paciente persiste con disfagia.

Palabras clave: Cirugía laparoscópica, Reflujo gastroesofágico, hernia hiatal.

SUMMARY.

EXPERIENCE OF ONE YEAR SURGERY ANTIRREFLUX FOR LAPAROSCOPY

Objective: to Analyze morbimortality in laparoscopic surgery of the hiatus.

Material and Methods: I Study traverse, descriptiva, in the HGZ #24 of December of 1996 to December of 1997.

Results: 80 Patients were entered, 55 women (68.75%) and 25 men (31.25%), the diagnosis of hernia hiatal was carried out in 68.75% and gastroesophageal reflux with hernia hiatal in 31%, the study protocol included endoscopy in 33.75%, SEGID in 31.25% and manometry in 5%.

Their was practiced procedure antirreflux type Nissen in 77.75%, Toupet 16.25% and Guarner in 5%, colecistectomy, anterior seromyotomy in 1.25%, esofagopexia and gastroplastía anterior was added in 1.25%. The time surgical average was 110 min. The transoperative morbidity included laceration of the left hepatic lobe 1.25%, esophageic perforation 1.25% and subcutaneous emphysema 1.25% and the early one was of 1.25%. The follow up was of 12 months, a patient persists with disfagia.

Key Words : Laparoscopic surgery, Gastroesophageal reflux, hernia hiatal.

INDICE

RESUMEN	1
SUMARY	2
INTRODUCCION	3
MATERIAL Y METODOS	6
RESULTADOS	7
DISCUSION	9
CONCLUSIONES	10
BIBLIOGRAFIA	11
ANEXOS	12

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

El reflujo gastroesofagico (RGE), Fue reconocido por Wilkintein en 1935 y 10 años después se identifico como la principal causa de esofagitis. Los sintomas que originan este padecimiento se relacionaron con el defecto anatómico observado en la hernia hiatal y el tratamiento consistio en reducir con sutura de los pilares diafragmaticos, según lo informado por Lotard-Jacob.

Allison inicio la era moderna del tratamiento de la enfermedad secundaria al RGE, fue el primero en describir con exactitud la relación que existe entre la hernia hiatal y el RGE, el indico que para corregir el reflujo la función del cardias debe mejorarse y que para lograrlo se debe mantener la unión esofagogastrica dentro del abdomen. Su reparación consistio en acentuar el ángulo de his y suturar la membrana freno esofagica, con ubicación intraabdominal del cardias. Esta intervención se acompaño de alta recurrencia del padecimiento.

En 1970 se identifico la incompetencia del esfínter esofagico inferior (EEI) como la causa del reflujo.

En la actualidad el RGE constituye el 75% De las anomalías esofagicas y es inducido por la exposición anormal de la mucosa del esófago a los jugos gástricos y duodenales la combinación de ambos produce mayor daño al esófago.

Se calcula que 7% de la población adulta estadounidense manifiesta ardor retroesternal todos los días, que el síntoma mas frecuente del reflujo del 36 al 44% de la misma población refiere sintomas en una ocasión durante el mes y el 18% toma antiácido para

controlar dichos síntomas que constituye la causa principal de consulta con el gastroenterólogo.(1,2).

La insuficiencia del esfínter esofágico inferior es la causa de la enfermedad en 60 a 70% de los pacientes. El reflujo puede manifestarse cuando disminuye el tono del esfínter en reposo o por periodos frecuentes y más prolongados de relajación del mismo. Al final el reflujo continuo produce lesión esofágica (hipomotilidad). La competencia del EEI depende de tres factores: presión del esfínter, longitud del mismo, localización intraabdominal. Este último factor se altera con la hernia hiatal, que además disminuye la depuración del ácido por alteración en el vaciamiento esofágico. Se ha demostrado que la gravedad de la esofagitis depende del número de factores participantes en el reflujo (1).

Con el advenimiento de la cirugía de mínima invasión el interés en el procedimiento antirreflujo laparoscópico se ha incrementado. Su objetivo es crear una zona de alta presión en el esófago inferior al nivel de la unión esofagogastrica y cierre del diafragma para la hernia hiatal asociada. La funduplicatura Nissen por laparoscopia es el procedimiento más común realizado por los cirujanos generales (2,4,6).

El primer tratamiento quirúrgico laparoscópico para RGE fue reportado en 1991 por Gagea y Dallemagne et al. (5,7).

La cirugía laparoscópica antirreflujo es una terapéutica ante la falla del tratamiento médico a largo plazo con esofagitis intratable. La reparación laparoscópica de grandes hernias hiatales ofrece ventajas significativas en términos de convalecencia rápida sobre el abordaje abierto (7).

La evaluación preoperatoria consistió en: pH de 24 hrs, motilidad esofágica, SEGD, endoscopia.

Las indicaciones para cirugía fueron: esofagitis severa, úlcera sangrante, esófago de Barrett, falla al tratamiento médico con omeprazol por largo tiempo. La técnica más

utilizada fue Nissen(10,12,13,15). Las complicaciones transoperatorias incluyeron perforacion del esofago o estomago, neumotorax,sangrado, absceso periesofagico,neumonia,(12,13). Otros procedimientos laparoscopicos simultaneos realizados,colecistectomia,vagotomia alta selectiva, plastia inguinal, gastrostomia, reparaci3n de hernia de morgani (12,13), El tiempo quirurgico del procedimiento antirreflujo por laparoscopia Nissen fue de 107 minutos (rango 35.3 min.) y dados de alta en el 2 dia de posoperatorio (14,15).

Dentro de las indicaciones para la cirugia antirreflujo se encuentra las siguientes: un esfinter esofagico inferior mecanicamente defectuoso, sintomas persistentes o la Lesion de la mucosa, esofago no mejora despues de 8 a 12 semanas de tratamineto supresor del acido.

MATERIAL Y METODOS

El estudio se desarrollara en el servicio de cirugía general del hospital general de zona #24 del IMSS ubicado en insurgentes norte 1322 col. Magdalena de las Salinas Delegación Gustavo A. Madero.

La investigación se realizara a partir de diciembre de 1996 a diciembre de 1997.

METODOLOGIA

Se realizará la selección de los expedientes de los pacientes con RGE tratados por vía laparoscópica en el periodo de diciembre de 1996 a diciembre de 1997.

Se realizará el análisis estadístico de donde se obtendrán los resultados para presentarlos mediante cuadros y gráficas de los cuales se obtendrán las conclusiones y recomendaciones que el trabajo arroje.

RESULTADOS

En el HGZ #24 del servicio de cirugía general de diciembre de 1996 a diciembre de 1997 se realizaron 80 procedimientos antirreflujo por vía laparoscópica de los cuales 25 eran hombres (31.25%) Y 55 mujeres (68.75%).

La edad media fue (42.98 años) con un rango de (18-75 años) El diagnóstico de reflujo gastroesofágico (RGE) se realizó por exámenes de gabinete y endoscopia. A todos los pacientes se les realizó seriado esófago gastroduodenal (SEG-D) reportándose el diagnóstico radiológico hernia hiatal en 55 pacientes (68.75%) hernia hiatal+ RGE en 25 (31.25%)

En 27 pacientes se realizó endoscopia (33.75%) la que evidenció esofagitis G.II en 8 sujetos (10%) esofagitis G I, y IV en 6 (7.5%) esofagitis G.III en 7 (8.75%). En 53 (66.25%) de los individuos se efectuó cirugía sin completar el protocolo de estudio: endoscopia.

La manometría se realizó en 4 pacientes (5%) en 3 se reportó insuficiencia del esfínter esofágico inferior y en uno trastorno motor inespecífico.

Se encontró que 43 pacientes (53.75%) cursaron con enfermedad asociada, al reflujo gastroesofágico; de ellos 12 pacientes presentaron colecistitis crónica litiasica (15%) 13 diabetes mellitus 11 (16.25%), hipertensión arterial se observó en 18 (22.5%), 37 pacientes (46.25%) no cursaron con enfermedad asociada.

Los síntomas más frecuentemente asociados al reflujo gastro esofagico fueron: pirosis y regurgitación nocturna en 80 pacientes (100%) dolor en epigastrio en 60 (75%) eructos en 55 (68.75%) y disfagia en 16 (20%).

Los procedimientos quirúrgicos antirreflujo por vía laparoscopica fueron: Nissen en 62 pacientes (77.75%), Touppeté en 13 (16.25%), Guarner en 4,(5%). En el mismo acto quirurgico;se realizo colecistectomia por laparoscopia en 12(15%),seriomiotomia anterior en uno (1.25%) y esofagopexia+gastroplastia anterior en uno (1.25%).

El tiempo quirúrgico del procedimiento antirreflujo por laparoscopia en promedio fué (110.01 min.) con un rango de (60-240 min.)

Las complicaciones transoperatorias se presentaron en 3 sujetos (3.75%) y fueron: laceración del lóbulo hepático izquierdo, perforación esofágica enfisema; mientras las complicaciones tempranas se observaron en un paciente (1.25%) y consistió en hematoma y absceso recidual.

Por lo que respecta al periodo de incapacidad otorgada cubrieron un total de 131 días con promedio de 3.35 días y rango de (1-4).

El seguimiento a 12 meses se valoró clínicamente en la consulta externa del servicio de cirugía general los pacientes se entrevistaron cirujano y manifestaron a las 6 semanas 48 (60%) presentaron disfagia. a los 3 meses 29 (36.25%) continuaron con disfagia; a los 6 meses después 12 (15%) continuaron con disfagia y a 9 meses solo 2 pacientes (2.5%).

De ellos es importante señalar que ningún paciente requirió de rehabilitación esofágica mediante dilataciones anterogras.

La SEG de control se practico en 22 pacientes (27.5%) se observo en 2 estenosis y cambios posquirurgicos (4.4%); en 18 (81.81%) se reportaron, cambios secundarios a funduplicatura funcional, y en 2 (9.09%) se presentaron desplazamiento a tórax,

La endoscopia se realizo a los 22 días posquirugicos en 12 sujetos (15%)de ellos en 11 se observaron cambios posoperatorios sin estenosis (91.6%) y en un paciente (8.33%) se encontró insuficiencia del esfinter esofagico inferior.

DISCUSION

La funduplicatura Nissen por vía laparoscópica es un método seguro con mínima morbilidad e incapacidad que restituye la presión del esfínter esofágico inferior y corrige en forma efectiva la esofagitis causada por reflujo gastroesofágico

La cirugía laparoscópica antirreflujo es una alternativa terapéutica frente al tratamiento a largo plazo en pacientes con esofagitis intratable y la reparación laparoscópica de grandes hernias hiatales ofrece ventajas significativas en términos de convalecencia rápida sobre el abordaje abierto.

El protocolo preoperatorio incluye: una historia clínica completa valoración cardiovascular, SEGD con movilidad diafragmática, endoscopia con biopsia manometría y medición del PH.

A todos los pacientes se les realizara manometría y endoscopia posoperatoriamente.

El tiempo operatorio y las complicaciones transoperatorias y operatorias fueron similares a las publicadas en otras series. La disfagia se trata con dilataciones esofágicas con sonda de Hurst.

Es necesario mencionar que así como el procedimiento laparoscópico arroja excelentes resultados, también posee dificultades técnicas inherentes que condicionan

complicaciones graves. El cirujano que se inicia en esta técnica debe tener amplia experiencia en cirugía laparoscópica avanzada y contar con supervisión adecuada en los primeros casos que realice. Y el paciente que se someterá a esta técnica quirúrgica deberá cumplir el protocolo de estudio completo.

CONCLUSIONES

1. El procedimiento antirreflujo por laparoscopia es seguro
2. El protocolo antirreflujo debe incluir: SGD, Endoscopia con toma de biopsia, manometría.
3. La técnica quirúrgica con mejores resultados fue el procedimiento de Nissen
4. En 15% de los casos fue necesario agregar colestectomía
5. La morbilidad fue del 5% mortalidad 0 %
6. El tiempo quirúrgico las complicaciones fueron similares a las publicadas en otras series
7. El cirujano que se inicia en esta técnica debe tener amplia experiencia en cirugía laparoscópica avanzada

REFERENCIA

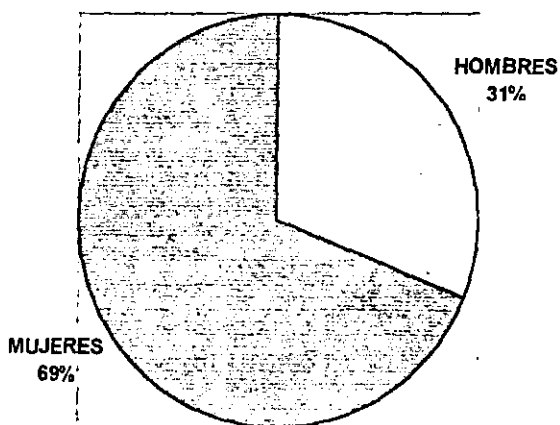
1. Cervantes J. Patiño F. Cirugía laparoscópica y toracoscópica. Mc graw hill interamericana. 1997;137-45.
2. Pitcher E.D. Curet J.M. Martin T.D. castillo R.R. Gerstenberger D.P. Vogt D."et al" Succesful magnagement of severe gastroesophageal reflux disease with laparoscopic nissen funduplication. Am J.surg. 1994;168, 547-54.
3. Hurtado A.H. Cirugía del reflujo gastroesofágico. Cirugía y cirujanos 1991;58(2).
4. Leycegui A.M. Medina G.S. Barrientos F.T. Coutiño Ch. M. Urbina de la V.F. Funduplication de nissen por laparoscopia informe preliminar. Cirujano general 1994;XVI (3).
5. Collet D. Cadiere G.B. Conversion and complications of laparoscopic treatment of gastroesophageal reflux.Am. J. Surg. 1995;169,622-5.
6. Ferguson Ch . M. Rattner W.D. Initial experience with laparoscopic nissen funduplication.Am. surg 1995;61,21-3.
7. Cuschieri A. Laparoscopic antirreflux surgery and repair of hiatal hernia. World J. Surg. 1993;17,40-5.
8. Hunter G.J. Trus L.T. Branum D.G.Waring P.J. Wood C.W. Funduplication for gastroesophageal reflux disease.Ann surg. 1996;223.6. 673-87.
9. Swanstrom L. Wayne R. Spectrum of gastrointestinal symptoms after laparoscopic funduplication.Am J. Surg. 1994;167.538-40.
- 10.Rattner W.D. Brooks C.D. Patient sattisfaction following laparoscopic and open antirreflux surgery.Archf.Surg. 1995;130,289-94.

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

11. Trus L.T. Laycock S.W. Branum G. Waring P.J. Mauren R.S. Hunter G.J. Intermediate follow-up-of laparoscopic antireflux surgery. Am J. Surg 1996;17132-5.
12. Hinder A.R. Filipi J. Ch Wetsner G. Neary r.n. Demeester R.T. Perdakis G. Laparoscopic nissen funduplication is an effective treatment for gastroesophageal reflux disease. Ann surg.1994;220,4,472-83.
13. Jones R.M. Canal F.D. Inman M.M. Rescorla J.F. Laparoscopic funduplication a three year review. Am surg. 1996;62,632-5.
14. Bittner B.H. Meyers C.W. Brazer R.S. Pappas N.T. Laparoscopic nissen funduplication:operative results and short term-follow-up. Am J. Surg.1994;193-200.
15. Anvari C. Allen C. Borm A. Laparoscopic nissen funduplication is a satisfactory alternative to long-term omeprazole therapy. Br J. Surg 1995;82,938-42.
16. Becker M.J. Transtornos de la motilidad de vias gastrointestinales.Surg Clin North Am. 1993,(6).
17. Schawartz S. I. Principios de cirugía general. Interamericana. Mc Graw- Hill. 1995;1141-46.

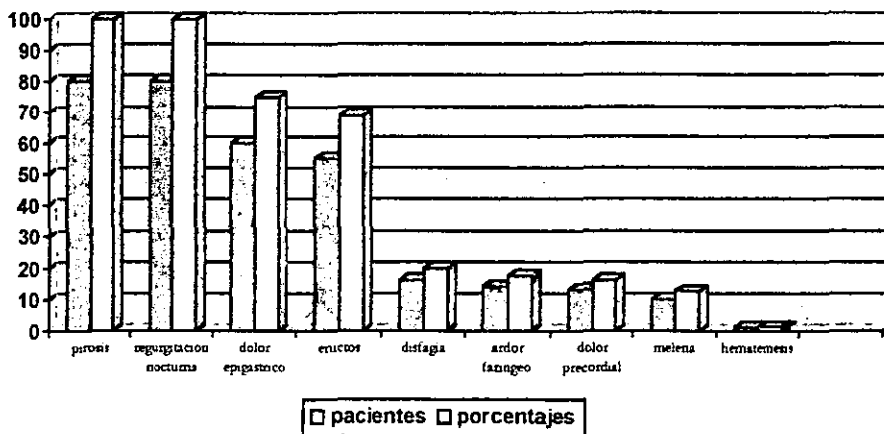
SEXO	TOTAL	PORCENTAJE
HOMBRES	25	31
MUJERES	55	69
TOTAL	80	100

**CIRUGIA ANTIRREFLUJO POR
LAPAROSCOPIA, DISTRIBUCION POR SEXO.**



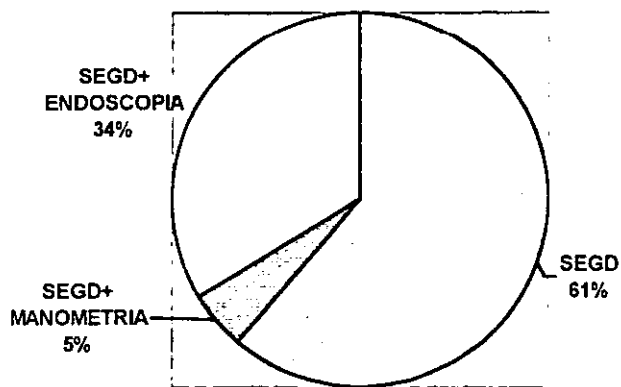
SÍNTOMAS INICIALES	No.PACIENTES	PORCENTAJE
PIROSIS	80	100
REGURGITACION NOCTURNA	80	100
DOLOR EPIGASTRICO	60	75
ERUCTOS	55	68.75
DISFAGIA	16	20
ARDOR FARINGEO	14	17.5
DOLOR PRECORDIAL	13	16.25
MELENA	10	12.5
HEMATEMESIS	1	1.25

CIRUGIA ANTIRREFLUJO POR LAPAROSCOPIA, SINTOMAS PRINCIPALES



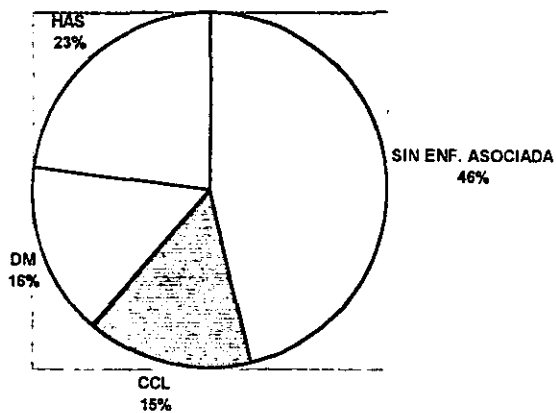
METODO DIAGNOSTICO	N.	PORCENTAJE
SEGD+ENDOSCOPIA	27	34.
SEGD+MANOMETRIA	4	5
SEGD	49	61
TOTAL	80	100

**CIRUGIA ANTIRREFLUJO POR
LAPAROSCOPIA, METODOS DIAGNOSTICOS**



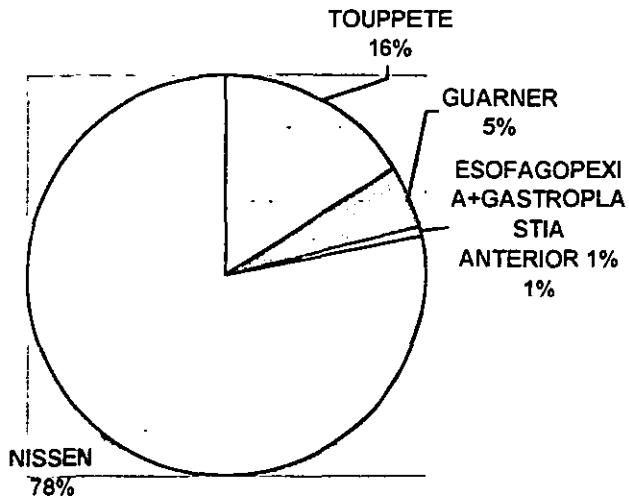
ENFERMEDAD ASOCIADA	No. PACIENTES	PORCENTAJE
CCL	12	15
DM	13	16.25
HAS	18	22.5
SIN ENF. ASOCIADA	37	46.25
TOTAL	80	100

**CIRUGIA ANTIRREFLUJO POR
LAPAROSCOPIA, ENFERMEDADES
ASOCIADAS.**



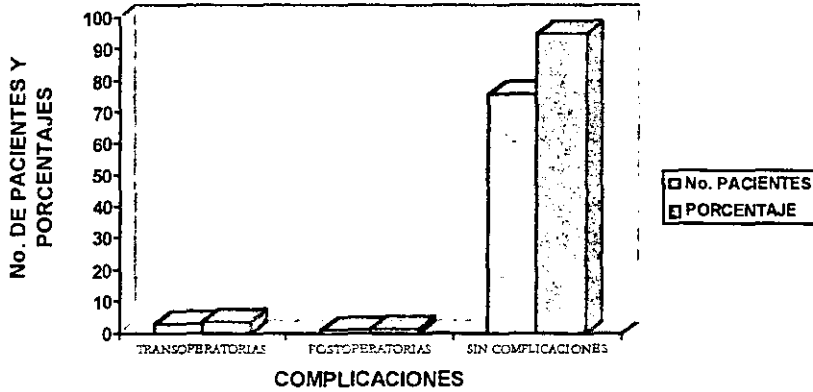
CIRUGIA	No. PACIENTES	PORCENTAJE
NISSEN	62	77.5
TOUPPETE	13	16.25
GUARNER	4	5
ESOFAGOPEXIA + GASTROPLASTIA ANTERIOR	1	1.25

**CIRUGIA ANTIRREFLUJO POR LAPARASCOPIA,
PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS.**



TIPO DE COMPLICACION	No. PACIENTES	PORCENTAJE
TRANSOPERATORIAS	3	3.75
POSTOPERATORIAS	1	1.25
SIN COMPLICACIONES	76	95
TOTAL	80	100

**CIRUGIA ANTIRREFLUJO POR
LAPAROSCOPIA, COMPLICACIONES.**



GRADO DE ESOFAGITIS	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
I	6	7.5
II	8	10
III	7	6.75
IV	6	7.5
SIN ENDOSCOPIA	53	66.25
TOTAL	80	100

**CIRUGIA ANTIRREFLUJO POR
LAPAROSCOPIA, HALLASGOS ENDOSCOPICOS**

