

11209

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO.
ISSSTE.

COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS DE LA CIRUGÍA
ANTIRREFLUJO: LAPAROSCÓPICA Vs ABIERTA.

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO EN LA ESPECIALIDAD DE
CIRUGÍA GENERAL PRESENTA:

DR. J. OCTAVIO ALONSO LÁRRAGA.

ASESOR DE TESIS:

DR. ROBERTO ROJAS PAREDES.

m343497



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

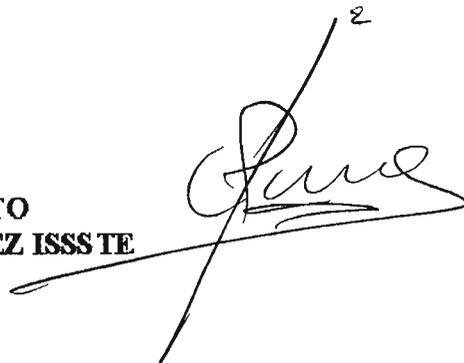
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ISSSTE

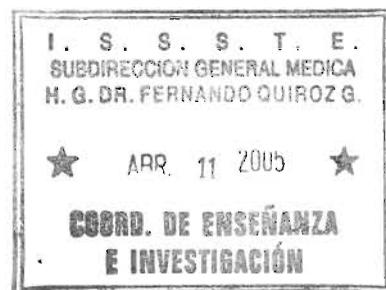


DR JAIME SOTO AMARO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO EN LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA
GENERAL HOSPITAL DR FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ ISSSTE

DR ROBERTO ROJAS PAREDES
CIRUJANO GENERAL Y ENDOSCOPISTA ADSCRITO
AL HOSPITAL DR FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ ISSSTE
ASESOR DE TESIS



DR WILFREDO JIMÉNEZ HERNÁNDEZ
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HOSPITAL DR FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ ISSSTE



SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO.
ISSSTE

COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS DE LA CIRUGÍA ANTIRREFLUJO:
LAPAROSCÓPICA Vs ABIERTA.

DR J.OCTAVIO ALONSO LÁRRAGA.
RESIDENTE DE CUARTO AÑO EN LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA GENERAL
DEL HOSPITAL GENERAL DR. FERNANDO QUIRÓZ GUTIÉRREZ. ISSSTE.

DR ROBERTO ROJAS PAREDES.
ASESOR DE TESIS.
CIRUJANO GENERAL Y ENDOSCOPISTA ADSCRITO AL SERVICIO DE
CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL GENERAL DR. FERNANDO QUIROZ
GUTIÉRREZ DEL ISSSTE.

SERVICIOS DE CIRUGÍA GENERAL Y ENDOSCOPIA DEL HOSPITAL
GENERAL DR. FERNANDO QUIROZ GUTIÉRREZ DEL ISSSTE.

Solicitud de sobretiro:
Lago Guanacacha No. 48-14. Col. Anáhuac.
CP 11320. Méx. D.F. Tel: 527-36-27.

TRANSOPERATIVE COMPLICATIONS OF THE ANTIREFLUX SURGERY: LAPAROSCOPIC VS OPEN TECHNIQUE.

J. Octavio Alonso Lárraga M.D.; Roberto Rojas B. M.D.

Surgery and Endoscopy Departments of Fernando Quiroz Gutiérrez Hospital. México D.F.

Introduction: The gastroesophagic reflux causes near the 75% of the esophagic pathology. Gallup observed that the 44% of the American United State adults undergo with pyrosis once a month and 7% undergo every day. The medical treatment had a recurrence of 70% at short term. The surgical treatment it's indicated in the 20% of the patients with gastroesophagic reflux.

Material and method: 60 patients were studied in wich endoscopy and biopsy was realized during the preoperative period. Liver and gallblader ultrasound either oral colecistography were made to discard biliar pathology. There were form groups with 30 patients each. Group A (laparoscopic surgery) and group B (open technique). The patients undergoing to either laparoscopic or open technique presented a rebel medical treatment sintomatology or complications such as: esophagitis, Schatzki ring, haemorrhage or Barrett esophagus. Transoperative complications were documented by directed observation, the review of the surgery records and the postoperative observation of the patients.

Results: The work universe consist of 60 patients that include 34 women (56.6%) and 26 men (41.6%) with ages between the 29 and 80 years old (range 51 years). The complications consist in 2 esophagic perforations and a 1 splenic laceration for the open procedure (10%) and a 1 perforation for the laparoscopic technique (3.3%). $X^2=1.07$ ($p>0.05$).

Conclusions: If we compare the complications ther was no statistical significant, but the laparoscopic method is less aggresive and the recovery is better and in a shorter time.

Key words: antireflux surgery; transoperative complications.

COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS DE LA CIRUGÍA ANTIRREFLUJO: LAPAROSCÓPICA VS ABIERTA.

Dr. J. Octavio Alonso Lárraga; Dr. Roberto Rojas P.
Servicios de Cirugía General y Endoscopia del Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez del ISSSTE. México D.F.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El reflujo gastroesofágico causa 75% de la patología esofágica. 44% de los adultos estadounidenses experimenta pirosis una vez al mes, y 7% todos los días. El manejo médico se acompaña de una recurrencia del 70% a corto plazo. El tratamiento quirúrgico está indicado en un 10 a 20% de los pacientes con reflujo gastroesofágico.

MATERIAL Y METODOS: se realizó un estudio prospectivo, comparativo y longitudinal de agosto de 1996 a agosto de 1998. Se integraron 2 grupos de 30 pacientes cada uno. Grupo A (cirugía laparoscópica), y grupo B (cirugía abierta). A los pacientes se les efectuó en el preoperatorio endoscopia, biopsia de esófago cuando se encontró criterio endoscópico para la misma. También se realizó ultrasonido de hígado y vías biliares y colecistografía oral para descartar patología biliar. Los pacientes sometidos a cualquiera de las dos técnicas tuvieron reflujo gastroesofágico rebelde a manejo médico, hemorragia de tubo digestivo, anillo de Schatzki o esófago de Barrett. Las complicaciones transoperatorias se documentaron mediante la observación directa, revisión de protocolos quirúrgicos y el seguimiento en el postoperatorio inmediato.

RESULTADOS: El universo estuvo formado por 60 pacientes que incluyeron a 34 mujeres (56.6%), y 26 hombres (41.6%), con edades entre los 29 y 80 años (rango de 51 años). Tanto el grupo A como el B contaron con 30 pacientes. De los 60 pacientes operados existieron complicaciones transoperatorias en 4 (6.6%). Las complicaciones en el grupo A (1 perforación esofágica), correspondieron al 3.3% y en el grupo B (2 perforaciones esofágicas y 1 laceración esplénica), al 10%. Con la prueba de la X^2 , para el análisis comparativo de las complicaciones transoperatorias encontramos que: $X^2=1.07$ ($p>0.05$), por lo que no hubo diferencia estadísticamente significativa.

CONCLUSIONES: A pesar de que en nuestro estudio no hubo diferencia estadísticamente significativa para las complicaciones transoperatorias, podemos decir que la cirugía con la técnica laparoscópica es un método seguro, eficaz, menos agresivo y que condiciona una recuperación mayor y en menos tiempo que la técnica abierta.

Palabras clave: cirugía antirreflujo; complicaciones transoperatorias.

INTRODUCCIÓN

El reflujo gastroesofágico es una afección común que causa cerca de 75% de la patología del esófago. Gallup observó que 44% de los adultos estadounidenses experimenta pirosis una vez al mes, y 7%, todos los días. Los pacientes con síntomas de reflujo gastroesofágico tienen una posibilidad de sólo a 50 a 65% de sufrir esofagitis durante la endoscopia. Además, sólo 65% de los individuos con inflamación esofágica se queja de pirosis frecuente, y 25% de los que tienen esófago de Barrett no manifiesta síntomas de reflujo gastroesofágico. Cerca de 20% de los pacientes con esofagitis presenta complicaciones, entre ellas esófago de Barrett en 10 a 15%, estrechez esofágica en 4 a 20%, úlcera esofágica en 2 a 7%, y hemorragia en 2%. El tratamiento quirúrgico está indicado en un 10 a 20% de los pacientes con reflujo gastroesofágico rebelde a tratamiento médico. El manejo médico ignora por completo la corrección del trastorno fisiopatológico, tiene una recurrencia a corto plazo del 70%, su uso por tiempo indefinido es injustificado y retrasa el tratamiento quirúrgico que idealmente debe ser antes de que ocurran complicaciones.

Las técnicas quirúrgicas originales, tuvieron como único objetivo la reducción de la hernia hiatal, lo que dio como consecuencia una recurrencia excesiva y desprestigio de lo que dio por llamarse cirugía de la hernia hiatal. Posteriormente se introdujeron procedimientos quirúrgicos altamente eficaces, pero, con el inconveniente de una gran incisión abdominal que ocasiona una alta morbilidad postoperatoria. Con el advenimiento de la cirugía de mínima invasión esto cambió drásticamente con un mínimo de morbilidad e incapacidad postoperatoria. No obstante no ha sucedido lo mismo con la frecuencia de las complicaciones transoperatorias las cuales se han reportado en diversas series con valores que en términos generales fluctúan entre 0.1 y 10.2% para la cirugía laparoscópica y entre 0.5 y 1% para la cirugía abierta.

La complicación transoperatoria más frecuente de la cirugía antirreflujo es la perforación esofágica, lo que sigue siendo un problema mayor que ocasiona una mortalidad entre 16 y 26%. Posibles factores que contribuyen a la perforación son la disección posterior del esófago, obesidad y una gran hernia hiatal. La revisión de grandes series revela una frecuencia de perforación con la técnica laparoscópica (2.1%), dos veces mayor que con la técnica abierta (1.1%).

El método laparoscópico difiere del método abierto en que depende completamente de la vista para identificar el plano correcto de disección más que de la palpación del espacio retroesternal con los dedos de la mano, como se hace en la cirugía abierta. Por lo tanto la incapacidad para distinguir los planos anatómicos mediante el tacto puede ser una razón para que la perforación sea más común en el abordaje laparoscópico.

Otra complicación que aunque rara si es cuantiosa puede ser fatal es la hemorragia. La mayoría de las veces el sangrado transoperatorio proviene de hemostasia inadecuada o de laceración hepática con el retractor. En otras aún más escasas ocasiones puede provenir de laceración esplénica o ruptura de los vasos cortos esplénicos que en ocasiones puede llegar a requerir de la esplenectomía.

Complicaciones no menos importantes son la afección pleural con el consecuente enfisema subcutáneo, neumomediastino o neumotórax. Así mismo debe tenerse en cuenta la posibilidad de lesión del nervio vago, conducto torácico, pericardio y haz posterior del nervio frénico. La clave para evitar este tipo de lesiones es el conocimiento adecuado del plano de disección y como exponerlo. Aún así en el caso de la cirugía laparoscópica las complicaciones y conversiones se presentan con más frecuencia durante las 8 a 10 primeras cirugías y posteriormente éstas disminuyen una vez que se supera la curva de aprendizaje. En la actualidad en algunos centros hospitalarios norteamericanos la técnica abierta se ha abandonado, reservándose para cuando se requiere una conversión. De hecho, emplean la técnica laparoscópica en pacientes con reparaciones previas que precisan de una reoperación.

Conscientes de que en nuestro medio la cirugía laparoscópica es aún vista con cierto grado de escepticismo, y que en la mayoría de nuestros hospitales no se cuenta con el equipo necesario que permita el adiestramiento y la práctica generalizada de este procedimiento, amén de la renuencia por parte de algunos médicos, justificándose en algunas de las razones antes expuestas, diseñamos el presente estudio con la finalidad de comparar la frecuencia de complicaciones transoperatorias entre la cirugía antirreflujo laparoscópica y la técnica abierta y comparar los resultados con la literatura mundial.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio prospectivo, comparativo y longitudinal desde Agosto de 1996 a Agosto de 1998, en el Servicio de Cirugía General y el Departamento de Endoscopia y Cirugía de Mínima Invasión del Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez del ISSSTE. Los pacientes fueron reclutados por ambos servicios con la finalidad de conformar dos grupos con un mínimo de 30 pacientes cada uno, El grupo A (cirugía laparoscópica). , Y grupo B cirugía abierta.

La sintomatología de los pacientes se documentó mediante interrogatorio directo y en los casos que no fue posible éste, con la revisión de los protocolos quirúrgicos. Además de esto el protocolo preoperatorio incluyó esofagogastroduodenoscopia, biopsias esofágicas (cuando se encontró evidencia endoscópica de esófago de Barrett). , Ultrasonido de hígado y vías biliares y colecistografía oral. Los dos últimos estudios basados en la alta frecuencia de enfermedades de las vías biliares que coexisten en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, la facilidad con que se confunden por su sintomatología y por la posibilidad de resolver ambas durante el mismo procedimiento quirúrgico. Cabe mencionar que nunca se ha establecido una relación causal entre ambas.

Los enfermos sometidos a cualquiera de los dos procedimientos quirúrgicos presentaron sintomatología rebelde a tratamiento médico o complicaciones de la enfermedad por reflujo gastroesofágico como: hemorragia, evidencia endoscópica de esofagitis (de acuerdo a la escala de Savary-Miller). , anillo de Schatzki, o esófago de Barrett documentado por endoscopia y biopsias de esófago.

La evaluación de las complicaciones transoperatorias se efectuó mediante la observación directa en las cirugías en que se estuvo presente y con la revisión de los expedientes clínicos y la observación del paciente en el postoperatorio inmediato cuando no fue posible. Esto último en atención a que las complicaciones transoperatorias pueden pasar inadvertidas y manifestarse posteriormente.

Datos como el tipo de funduplicatura utilizada se recopilaron mediante la observación directa durante la cirugía y con la revisión de los protocolos postquirúrgicos.

RESULTADOS

El universo de trabajo estuvo constituido por 60 pacientes (gráfica 1.0), que incluyó 34 mujeres (56.6%), y 26 hombres (41.6%). Con edades (gráfica 1.1) entre los 29 y 80 años (rango de 51 años). Distribuidos al azar en dos grupos con 30 pacientes cada uno. Grupo A (cirugía laparoscópica), y grupo B (cirugía abierta). El grupo A incluyó 18 mujeres y 12 hombres, y el grupo B 16 mujeres y 14 hombres.

Aunque en realidad el grupo de cirugía abierta estuvo constituido por 37 pacientes, se decidió excluir a 5 debido a que la cirugía antirreflujo fue complemento de una vagotomía y antrectomía para el manejo de úlcera péptica y otros 2 se excluyeron debido a que la cirugía fue complemento de una vagotomía y piloroplastía como manejo de úlcera péptica.

Dentro de las múltiples indicaciones (gráfica 1.2), para cirugía las encontradas en el grupo en estudio se distribuyeron de la siguiente manera: sintomatología rebelde a manejo médico en 57 pacientes (95%). Hernia hiatal 49 pacientes (81.6%). Esofagitis 41 pacientes (68.3%). Sangrado de tubo digestivo 9 pacientes (15%). Esófago de Barrett 5 pacientes (8.3%). Anillo de Schatzki 2 pacientes (3.3%).

Es importante mencionar que de los 60 pacientes operados 50 (83.3%), tuvieron 2 o más de las condiciones señaladas como indicación de cirugía.

De los 41 pacientes con esofagitis (de acuerdo a la escala de Savary-Miller), 18 correspondieron al grado I, 17 al grado II y 6 al grado III.

Las patologías asociadas (gráfica 1.3), con la enfermedad por reflujo gastroesofágico fueron: hernia hiatal 49 pacientes (81.6%). Gastritis 23 pacientes (38.3%). Colelitiasis 8 pacientes (13.3%). Úlcera péptica 8 pacientes (13.3%). discinesia vesicular 5 pacientes (8.3%). hiperesplenismo 1 paciente (1.6%).

Las técnicas utilizadas para efectuar la funduplicatura (gráfica 1.7), consistieron en: Guarnier 22 pacientes (36.6%). Nissen 20 pacientes (33.3%). Toupet 15 pacientes (25%). Y se ignora en 3 pacientes (5%). Por no anotarse en la descripción postquirúrgica.

De los 60 pacientes operados ocurrieron complicaciones transoperatorias (figuras 1.4) en 4 (6.6%). En el grupo A (gráficas 1.5 y 1.6) ocurrió 1 (3.3%). Que consistió en una perforación esofágica, misma que se resolvió con cierre directo de la misma y la colocación de la funduplicatura encima de ella, no necesiéndose convertir la cirugía al método abierto. En el grupo B (gráficas 1.5 y 1.6) ocurrieron 3 (10%). Complicaciones de las cuales 2 correspondieron a perforación esofágica, que fueron manejadas de la misma manera que en la ocurrida con la técnica laparoscópica. La otra complicación fue una laceración esplénica que se resolvió mediante la esplenectomía.

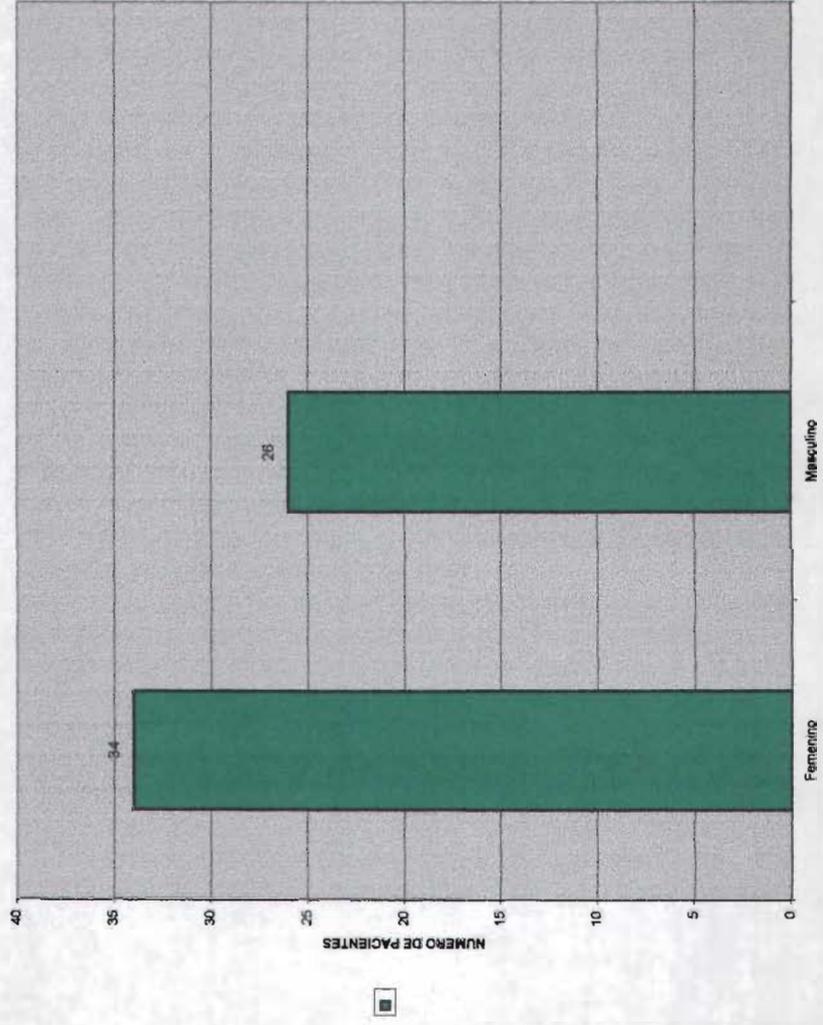
Con la prueba de la X^2 como forma estadística aplicada en nuestro estudio para el análisis de las complicaciones transoperatorias, encontramos que: $X^2 = 1.07$ ($p > 0.05$). Por lo que a pesar de que las complicaciones en el grupo A correspondieron al 3.3% y en el grupo B al 10%, no existe una diferencia estadísticamente significativa.

CONCLUSIONES

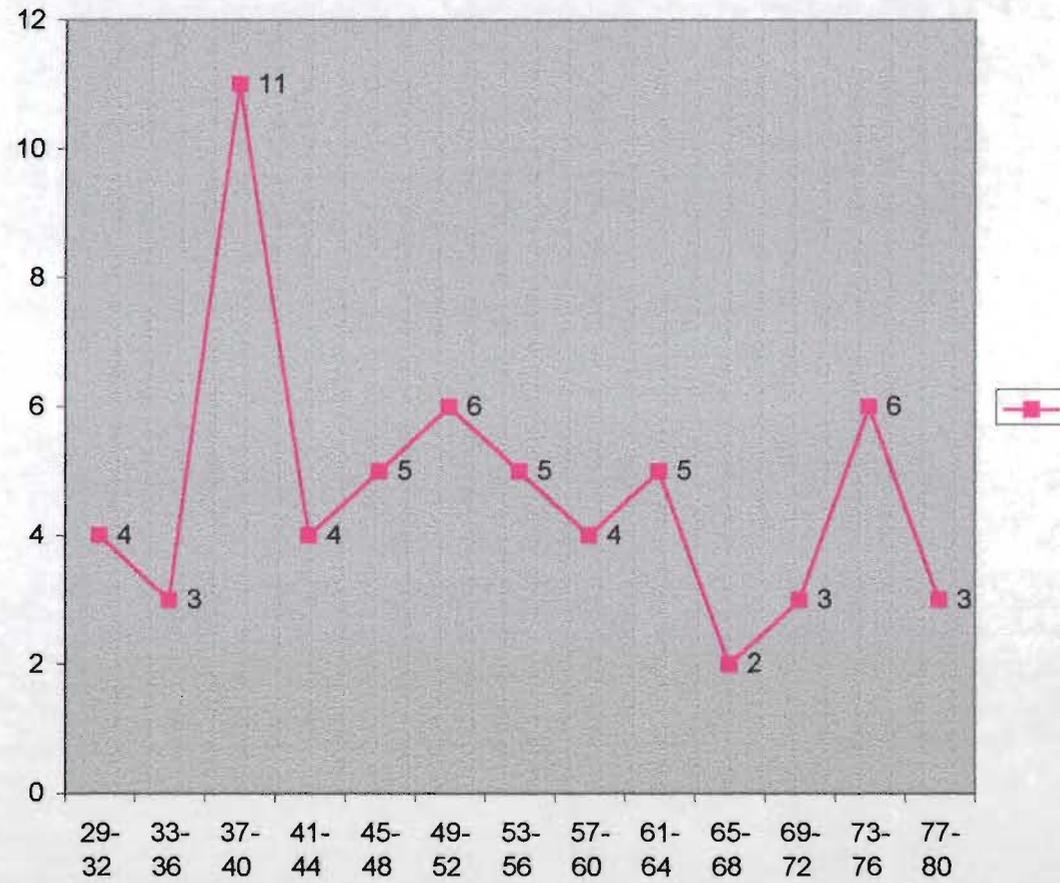
La literatura mundial reporta el doble de complicaciones transoperatorias con la técnica laparoscópica (2.1%), en comparación con la técnica abierta (1.1%). No obstante en nuestro estudio y a pesar de los porcentajes más elevados de complicaciones, las cifras se invierten, superando las complicaciones transoperatorias de la técnica abierta (10%), a las complicaciones de la técnica laparoscópica (3.3%). Si a esto agregamos la falta de significación estadística, podemos decir que la técnica laparoscópica es un método eficaz y seguro, con igual o menor número de complicaciones transoperatorias, según sea la curva de aprendizaje del cirujano. Además la agresión quirúrgica es menor y la recuperación postoperatoria es mayor y en menor tiempo.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

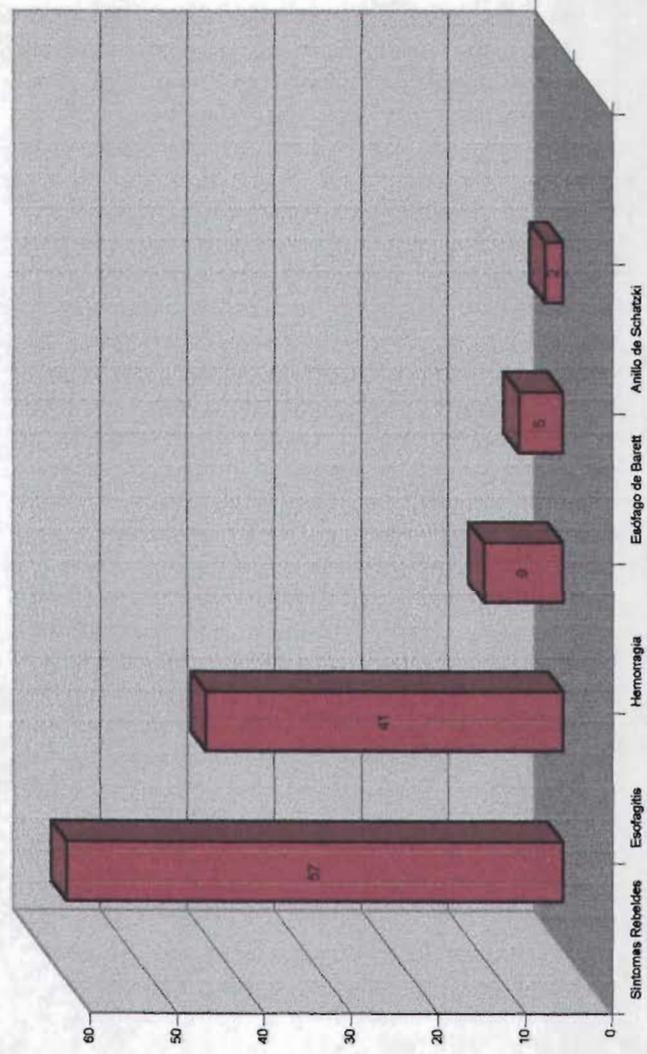
Gráfica 1.0 Distribución por sexo



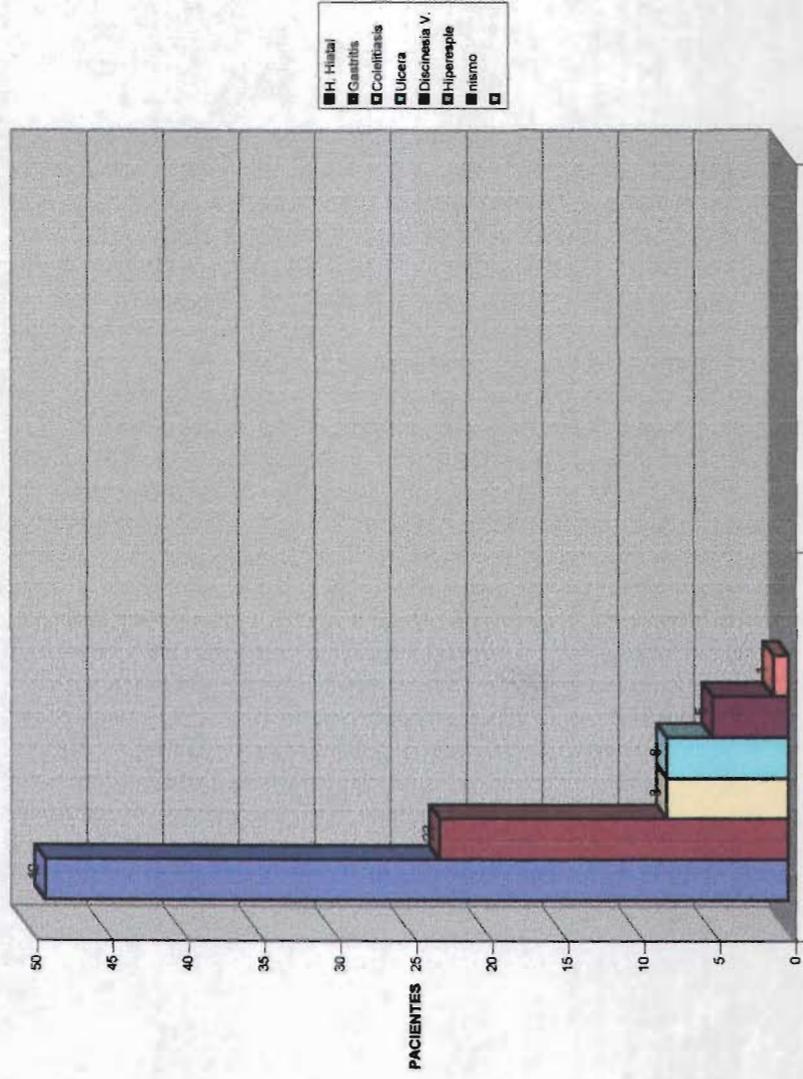
Gráfica 1.1 Distribución por grupos de edad



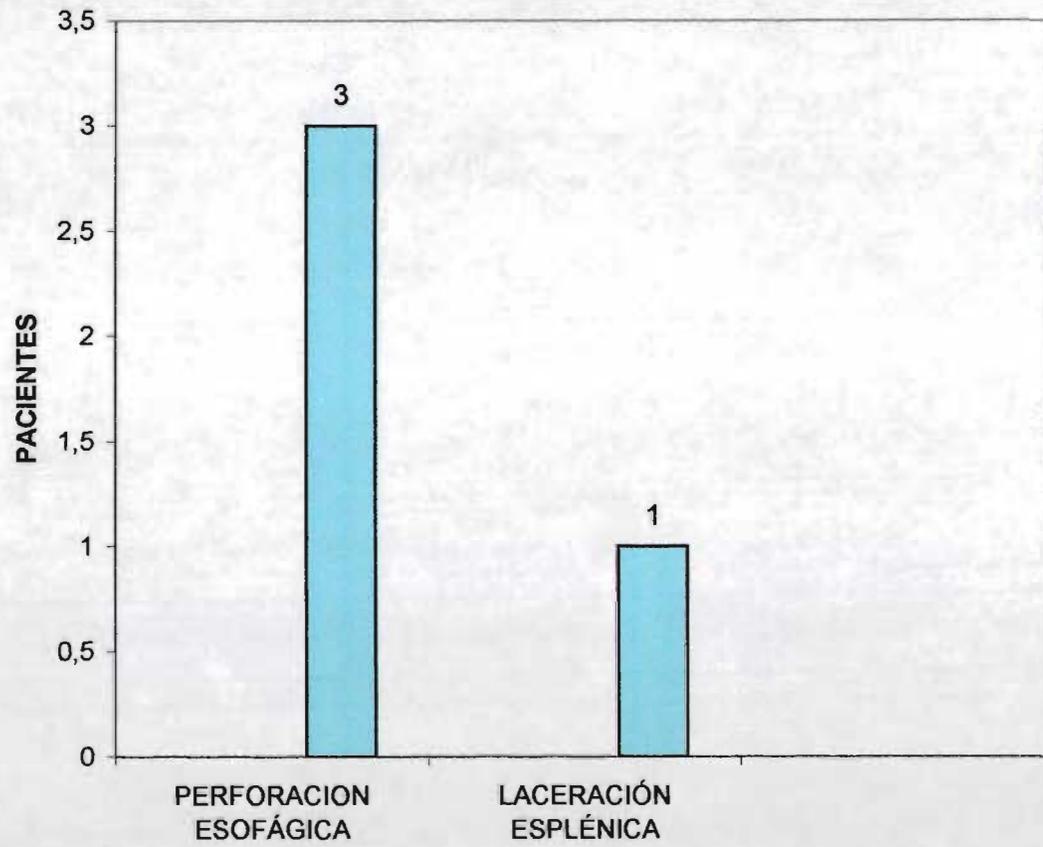
Gráfica 1.2 Indicaciones quirúrgicas



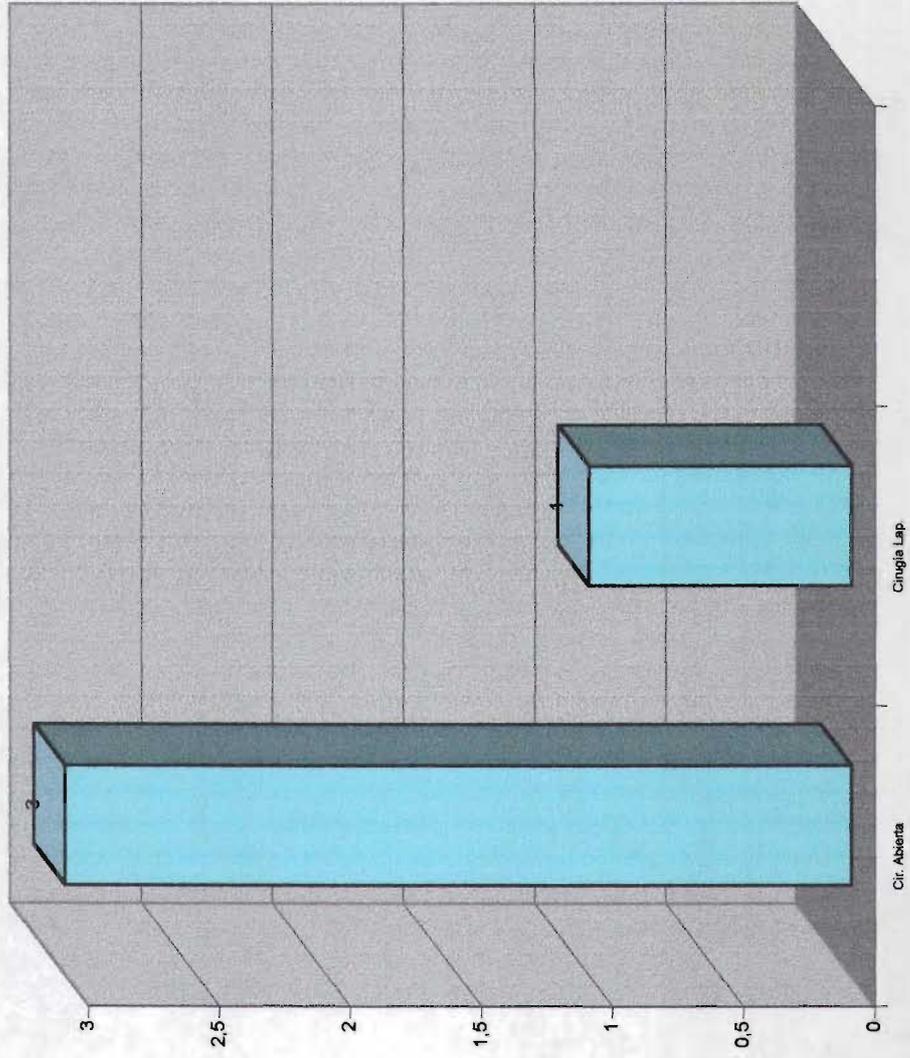
Gráfica 1.3 Patologías que acompañan la ERGE



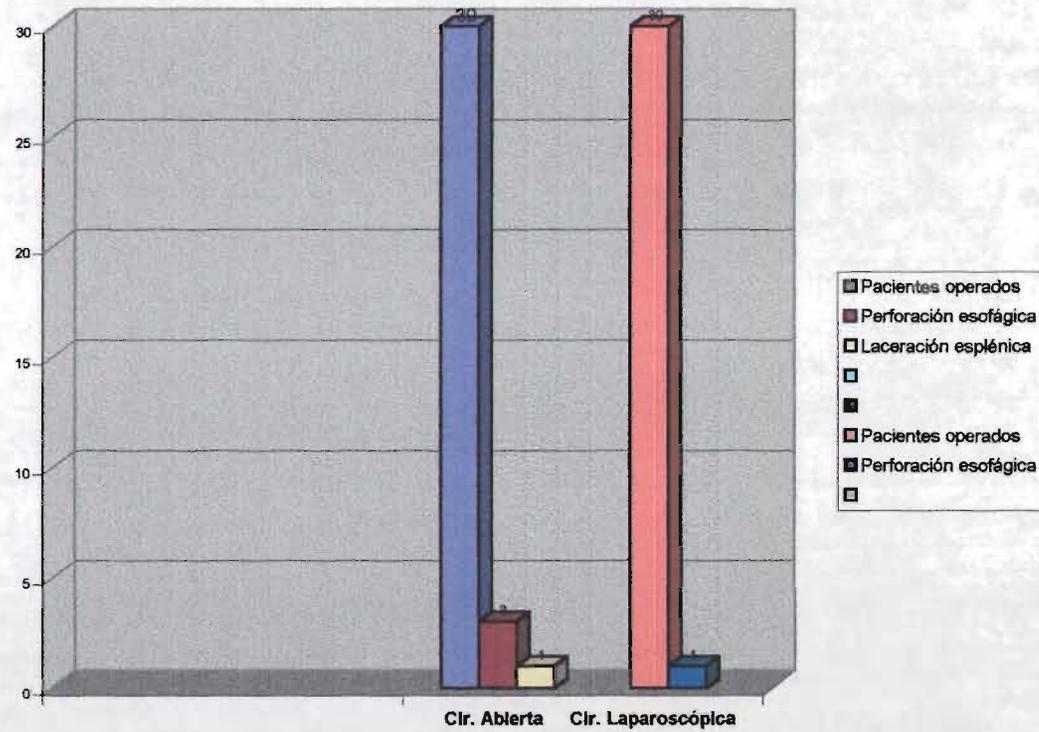
Gráfica 1.4 Número y tipo de complicaciones transoperatorias



Gráfica 1.5 Complicaciones de acuerdo a la técnica



Gráfica 1.6 Complicaciones de acuerdo a la técnica



Gráfica 1.7 Técnicas de fundoplicatura

