

Revista Mexicana de Cirugía Endoscópica

Volumen
Volume 4

Número
Number 1

Enero-Marzo
January-March 2003

Artículo:

Experiencia del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” ISSSTE en el manejo de la enfermedad por reflujo gastroesofágico

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

- 👉 [Índice de este número](#)
- 👉 [Más revistas](#)
- 👉 [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

- 👉 [Contents of this number](#)
- 👉 [More journals](#)
- 👉 [Search](#)



www.Medigraphic.com



Experiencia del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” ISSSTE en el manejo de la enfermedad por reflujo gastroesofágico

Dr. José Humberto Vázquez Sanders MA,* Dra. Amanda Castañeda Rodríguez Cabo,* Dra. Leticia Martínez Flores,* Dra. Gabriela Arenas Espino,** Dr. José Ayala Zavaleta,*** Dr. Juan Manuel Padilla Arriaga***

Resumen

El reflujo gastroesofágico es la patología más frecuente del esófago, en la cual está involucrado el esfínter esofágico inferior. Es una enfermedad crónica con alta morbilidad y un gran impacto en la calidad de vida.

Ya que hemos diagnosticado tantos casos cabría aquí una incógnita ¿la estamos diagnosticando más o realmente su frecuencia ha aumentado?

En las series reportadas en Estados Unidos se habla de una prevalencia de 25 a 35% de la población.

El reflujo gastroesofágico se diagnostica clínicamente y se corrobora mediante endoscopia, su tratamiento médico incluye reducción de peso, cambios en los hábitos alimenticios y modificaciones en el estilo de vida, así como tratamiento médico con bloqueadores de la bomba de protones y procinéticos.

Existen indicaciones precisas para llevar a los pacientes a tratamiento quirúrgico, el procedimiento laparoscópico ha demostrado estar relacionado a una respuesta metabólica atenuada y como consecuencia un periodo de recuperación más corto.

El reflujo gastroesofágico tiene una etiología multifactorial: el ácido o el álcali que erosionan la mucosa esofágica, las anomalías en los mecanismos de defensa, desórdenes en la motilidad esofágica y en el vaciamiento gástrico y las alteraciones en el esfínter esofágico inferior son las principales.

En relación al reflujo no erosivo ERNE desde el duodeno, está en investigación su real efecto como causa primaria de lesión en series estudiadas y reportadas por grupos Nacionales y Extranjeros.

Palabras clave: Reflujo gastroesofágico, enfermedad, patología.

Abstract

Gastroesophageal reflux (GER), the most common esophageal pathology in which the inferior esophageal sphincter is involved.

This chronic pathology has a large impact on quality of life, and this provokes an important question, "Have we been diagnosing GER in more patients or has its frequency been increasing?"

Recent studies in the United States have shown that GER is prevalence in 25 to 35% of the population.

The diagnosis is made clinically and confirmed by endoscopy, treatment includes weight-reduction, modification of food intake as well as lifestyle. Medical treatment is by way of a Proton Blocking Pump and prokinetics.

There are certain indications for performing the surgery. Laparoscopy has shown better results and a shorter period of recovery.

GER has a multifaceted etiology, the acid and alkali that erode the esophageal mucous, abnormalities in the defense mechanism, esophageal motility disorder, gastric emptying and the inferior esophageal sphincter are the main causes.

The role of bile reflux from the duodenum is under investigation in different countries. In recent U.S. studies, more than 60% of the patients with GER also have alkaline reflux, and as we know, the association of both refluxes makes the treatment more difficult.

This study presents our experiences in the treatment of 493 cases with GER, the diagnostic procedures, the surgeries performed and the accompanying results.

We included only the cases that were handled by the same surgical team.

Key words: Gastroesophageal reflux, disease, pathology.

INTRODUCCIÓN

Con el advenimiento de la cirugía endoscópica, la esofagitis por reflujo con o sin hernia hiatal, es uno de los padecimientos frecuentes a los que se enfrentan los médicos generales y de múltiples especialidades médicas, que han interesado a los cirujanos generales y gastroenterólogos a desarrollar las diferentes técnicas quirúrgicas conocidas o innovar otras para el tratamiento de este padecimiento por los beneficios que el abordaje encierra, como son el menor dolor

* Médico adscrito Serv. de Cir. Gral. Hosp. Reg. "Gral. I. Zaragoza". ISSSTE.

** Médico adscrito Serv. de Endoscopia Hosp. Reg. "Gral. I. Zaragoza". ISSSTE.

*** Médico Especialista Ex-Resid. de Cir. Gral. HRGIZ, ISSSTE.

posoperatorio, las atelectasias e infecciones, menor sangrado transoperatorio, recuperación corta y menor estancia hospitalaria entre otras.

Se atribuye al Dr. B. Dallemagne¹ en 1991, el primer reporte de un procedimiento de funduplicatura con técnica laparoscópica, y en la actualidad se considera el “estándar de oro” para el manejo quirúrgico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico.²⁻⁴

En el presente estudio se analizan 493 funduplicaturas tipo Nissen realizadas de agosto de 1992 a septiembre de 2002, intervenidos todos por un sólo equipo quirúrgico, la indicación quirúrgica se estableció en base a: manifestaciones clínicas, hallazgos de la panendoscopia, serie esofagogastroduodenal, manometría esofágica y phmetría.⁵⁻¹⁰

Se mantiene control posoperatorio conjunto con el Servicio de Endoscopia en el 61.2% de los casos, 302 pacientes, va desde los 9 años 7 meses a 1 mes el más reciente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudiaron 294 pacientes del sexo masculino que corresponde al 59.6%, 199 pacientes del sexo femenino corresponde al 40.4%, la edad promedio de los pacientes del sexo masculino fue de 51.8 años y el rango de 3 años a 74 años.

La edad promedio de los pacientes del sexo femenino fue de 43.2 años, y el rango de 5 a 68 años (*Figura 1*).

Las indicaciones quirúrgicas fueron: persistencia de los síntomas a pesar del tratamiento médico, necesidad de dosis altas de medicamentos y dificultad para mantener el tratamiento, edad menor de 30 años con reflujo crónico, esofagitis grado III o mayor, incompetencia del esfínter esofágico inferior, síntomas nocturnos persistentes, complicaciones del reflujo, síntomas respiratorios: síndrome de Cherry 59 casos, rinitis alérgica 23 casos, cuadro asmático 18 casos, espasmos laríngeos 4 casos, glositis y estomatitis 2 casos, en total fueron 106 casos, o bien esófago de Barrett (*Figura 2*).

Los síntomas encontrados en orden de frecuencia fueron: regurgitaciones en 451 casos 91.5%, pirosis 406 casos 82.4%, eructos 378 casos 76.7%, halitosis 134 casos 27.1%, síntomas respiratorios 106 casos 21.5%, sequedad bucofaríngea 102 casos 20.6%, náuseas 84 casos 17.0%, dolor retroesternal 59 casos 11.9%, hipo 47 casos 9.5%, disfagia 29 casos 5.9% (*Figura 3*).

VALORACIÓN PREOPERATORIA

Se realizó endoscopia en el 100% de los casos 493 pacientes, ultrasonido hepatobiliar en 396 pacientes 80.3%. Serie esofagogastroduodenal en 282 casos 56.8%, manometría esofágica en 75 casos 15.2%, pHmetría de 24 horas en 34 casos 6.9%, otros estudios en 17 casos 3.4%, éstos fueron tomo-

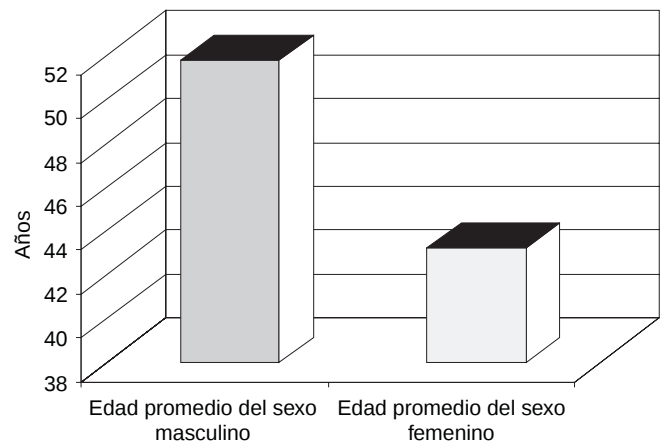


Figura 1. Manejo quirúrgico de la esofagitis por reflujo.

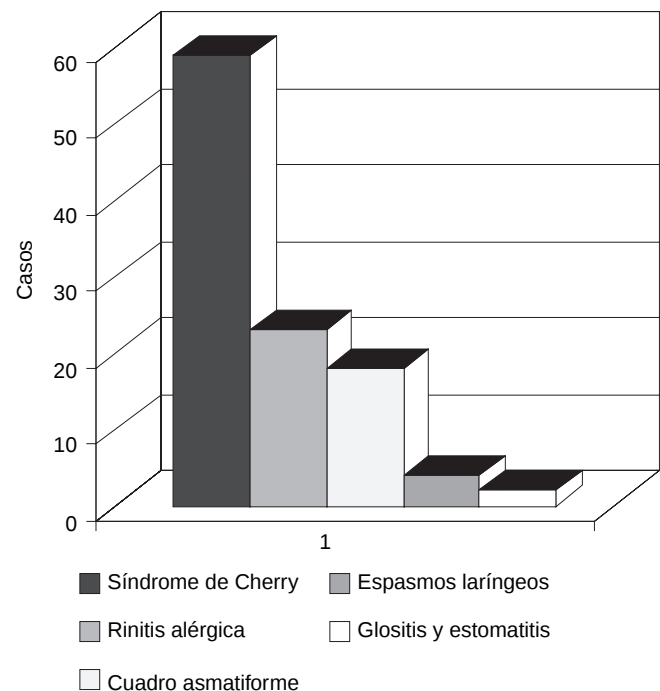


Figura 2. Síntomas respiratorios del ERGE.

grafía, videoesofagograma, tránsito esofágico y vaciamiento gástrico (*Figura 4*).

El diagnóstico se sustentó por endoscopia en el 100% de los casos, con esofagitis por reflujo gástrico en 412 casos 83.6% y esofagitis por reflujo alcalino en 81 casos 16.4% (*Figura 5*).

De estos 493 casos; 5 casos correspondieron a esofagitis grado I 1.0%, esofagitis grado II 31 casos 6.3%, esofagitis grado III 357 casos 72.4%, esofagitis grado IV 39 casos 7.9%, esofagitis grado V 61 casos 12.4% de la clasificación de Savary-Miller (*Figura 6*).

Resultados de la manometría preoperatoria realizada en 75 pacientes 15.2% de los casos: incompetencia del esfínter esofágico inferior con una presión menor a 10 mm de Hg, hernia hiatal en 61 casos.

El estudio radiológico se realizó en 381 pacientes 77%, en todos los casos se encontraron datos de hernia hiatal y de reflujo gastroesofágico.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

En todos los casos se realizó funduplicatura de 360° tipo Nissen o Nissen-Rosseti modificado: disección del hiato diafragmático mediante sección parcial del ligamento gastrohepático, sección de la rama hepática del vago anterior, sección de la membrana frenoesofágica, disección de la pars

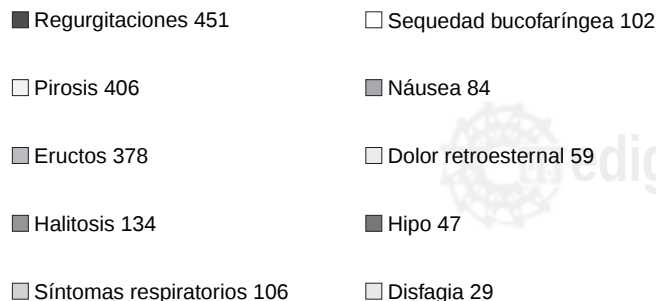
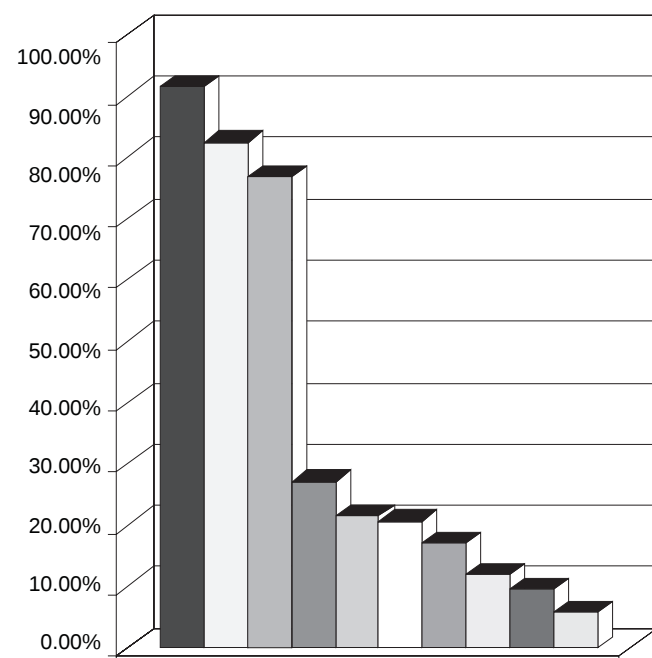


Figura 3. Síntomas del reflujo gastroesofágico.

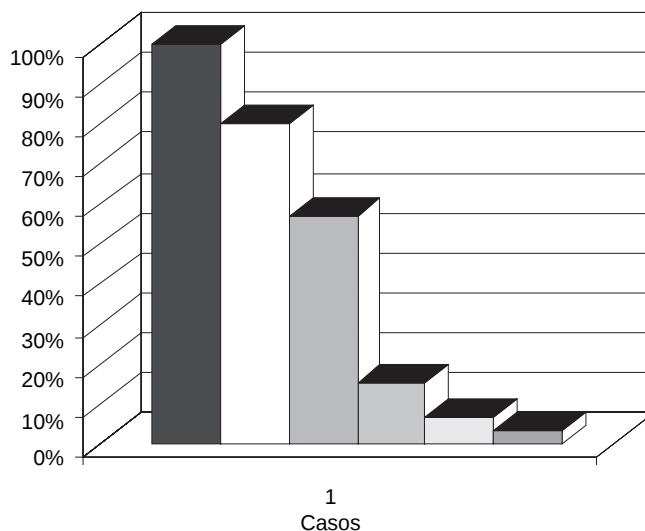


Figura 4. Manejo quirúrgico de la esofagitis por reflujo.

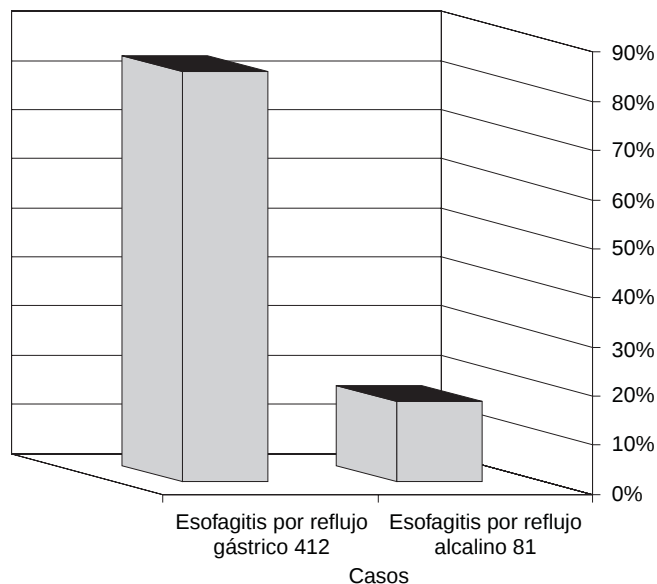


Figura 5. Manejo quirúrgico de la enfermedad por reflujo.

densa retroesofágica. Posteriormente se realizó cierre de los pilares, valorar la sección de los vasos cortos, toma de la cara posterior del fundus gástrico, toma de la cara anterior del fundus gástrico, valorar calibración o manometría esofágica, después de haber realizado todo estos pasos se realiza la funduplicatura de 2.5 a 3.5 cm de longitud, y des-

pués de esto valorar la realización de los procedimientos agregados.

Se seccionó la rama hepática del vago anterior en 361 casos 73.2%, se realizó calibración esofágica con sonda de Hurst No. 44 a 52 Fr. en 59 casos 11.96%, calibración con sonda de Savary en 16 casos 3.2%, manometría transoperatoria en 42 casos 8.5%, se obtuvieron presiones entre 10 y 14 mm de Hg.

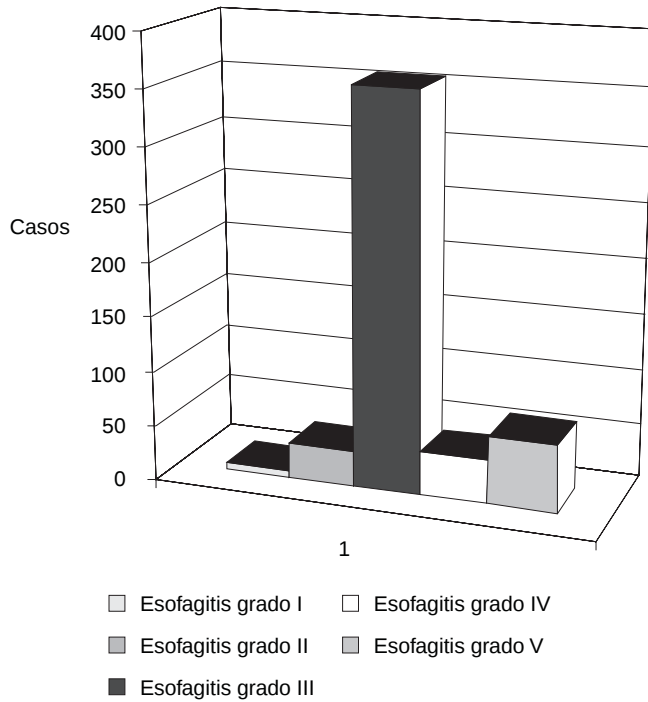


Figura 6. Clasificación de Savary-Miller.

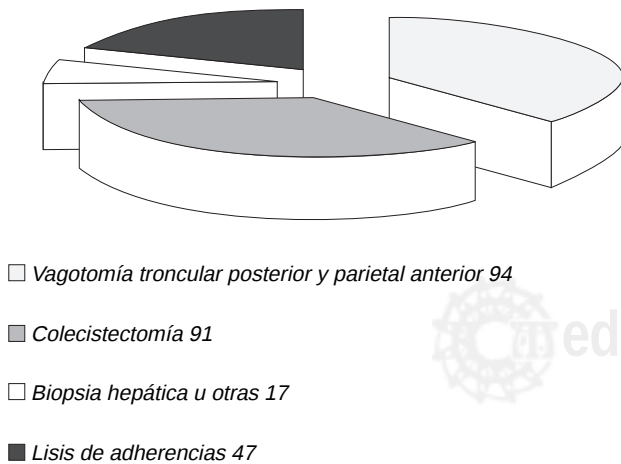


Figura 7. Procedimientos agregados.

Cierre de los pilares en 368 casos 74.6%, los motivos para no cerrar los pilares en todos los casos fueron: no detectar hernia hiatal en 119 casos 24.2%, dificultad técnica en 6 casos 1.2%.

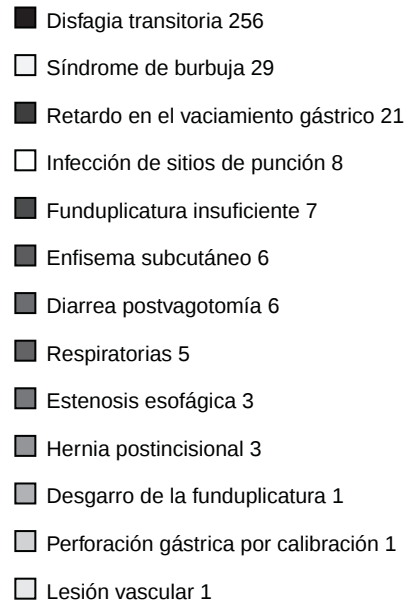


Figura 8. Morbilidad

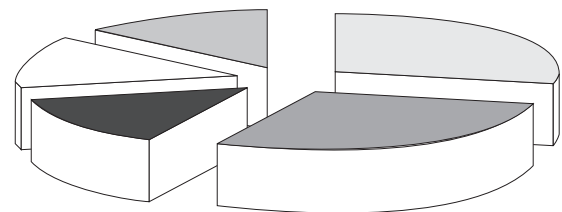


Figura 9. Causas de conversiones

Seccionamos los vasos cortos en 49 casos 9.9%.

Procedimientos agregados vagotomía troncular, posterior y parietal anterior en 94 casos 19.0%, colecistectomía en 91 casos 18.4%, biopsia hepática u otras; ganglios, tejidos o implantes en 17 pacientes 3.4%.

Lisis de adherencias en 47 casos 9.5%. (Figura 7).

El tiempo quirúrgico varió de 40 minutos a 4 hrs. 10 min. con una media de 73 minutos.

El manejo posoperatorio fue dieta de líquidos claros a partir de las 12 hs, dieta en papillas por 3 días y posteriormente por 30 días dieta blanda en quintos.

Se utilizaron analgésicos combinados en todos los casos, antimicrobianos en el 100% al igual que un procinético las primeras 48 hs.

RESULTADOS

La estancia hospitalaria fue de 28 hrs. a 23 días con una media de 42 hrs. La reanudación de labores la llevaron a cabo de 5 a 34 días con una media de 16 días. Disfagia transitoria en 256 casos 51.9%, síndrome de burbuja en 29 casos 5.8%, retardo en el vaciamiento gástrico en 21 casos 4.2%, infección en los sitios de punción 8 casos 1.6%, funduplicatura insuficiente en 7 casos 1.7%, de estos tres pacientes se manejaron médicamente y 4 se reoperaron: dos de ellos por laparoscopia con buena evolución, los otros dos se iniciaron por laparoscopia y se convirtieron por dificultades técnicas, uno de ellos persiste con sintomatología y se reprogramará.

Enfisema subcutáneo en 6 casos 1.2%, diarrea posvagotomía en 6 casos 1.2%, molestias respiratorias 5 casos 1.0%, estenosis esofágica 3 casos 0.6%, hernia posincisional 3 casos 0.6%, desgarró de la funduplicatura 1 paciente 0.2%, perforación gástrica por sonda de calibración un caso 0.2%, lesión vascular 1 caso 0.2% (Figura 8).

Se convirtieron 7 casos 1.4%, las causas fueron: sospecha de lesión esofágica 2 casos 0.4%, sangrado por lesión a órganos 2 casos 0.4%, dificultad en la disección 1 caso 0.2%,

fallas del equipo e instrumental 1 caso 0.2%, tiempo quirúrgico prolongado 1 caso 0.2% (Figura 9).

Un paciente falleció por lesión vascular (A. aorta abdominal) con aguja de Veress 0.2%.

DISCUSIÓN

El desarrollo de destrezas quirúrgicas del cirujano, el conocimiento de la anatomía quirúrgica endoscópica de la unión esofagogástrica, las modificaciones en los procedimientos quirúrgicos antirreflujo y los avances tecnológicos en el equipo e instrumental de la cirugía endoscópica, han ido paulatinamente mejorando los resultados en los diferentes equipos quirúrgicos que realizan cirugía del hiato esofágico.¹¹⁻¹⁴

Nuestros casos fueron intervenidos por el mismo equipo quirúrgico, el número de 493 pacientes es considerado adecuado para un periodo de 10 años, encontramos que la diferencia de sexos no es significativa.

Las indicaciones quirúrgicas fueron similares a las mencionadas en la literatura, el seguimiento se ha realizado en conjunto con el Servicio de Endoscopia. Usar la clasificación de Savary-Miller y no la de los Ángeles es debido a que hace 10 años no se tenía esta clasificación y hemos dejado la de Savary-Miller para que todos nuestros pacientes estén en la misma escala.

Sólo al 15.2% de los pacientes se les realizó manometría y al 6.9% se les realizó pHmetría de 24 hrs. El motivo de esto es no contar con los equipos en nuestra Institución, sin embargo se tomó en cuenta el reporte del estudio endoscópico en relación a la motilidad esofágica, a la cantidad y calidad del jugo gástrico y las lesiones erosivas gástricas o duodenales para decidir acompañar la funduplicatura con una vagotomía.

La funduplicatura realizada fue la Nissen en un mayor porcentaje y después la Nissen-Rosseti. Se realizó el cierre de los pilares (Técnica de Allison) en el 74.6%, sin encontrar hasta el momento migración de la funduplicatura al torax, ni otras complicaciones condicionadas por no cerrar los pilares.

Los índices de morbilidad y mortalidad son semejantes a los reportados en otras series.

REFERENCIAS

1. Dallemagne B, Weerts JM, Jhaes C, Mrkiewicz S, Lombard R. Laparoscopic Nissen Fundoplication preliminary report. *Surg Laparosc Endosc* 1999; 1: 138-143.
2. Chousleb A, Suchleib S, Heredia N, Carrasco A, Torices E, Cervantes J, Mondragon A, Tort A. Reflujo gastroesofágico. Tratamiento quirúrgico con técnicas de invasión mínima. *Rev Mex de Cir Endosc* 2001; 2: 47-51.
3. Hidalgo F, Melgoza C, Hesiquio S. Funduplicatura tipo Nissen por vía laparoscópica en el tratamiento de la esofagitis por reflujo. Análisis de 72 pacientes. *Cirujano General* 2002; 24: 3; 196-200.
4. Patti MG, Arcerito M, Feo CV, De pinto M, Tong J, Gantert W et al. An analysis of operations for gastroesophageal reflux disease: identifying the important technical elements. *RCH Surg* 1998; 133: 600-7.

5. An American Gastroenterological Association medical position statement: Guidelines on the use of esophageal manometry. *American Gastroenterol Association. Gastroenterology* 1994; 107: 1865.
6. American Gastroenterological Association medical position statement. Guidelines on the use of esophageal pH recording. *Gastroenterology* 1996; 110: 1981.
7. Kahrilas PJ, Clouse RE, Hogan WJ. American Gastro Association, technical review on the clinical use of esophageal manometry. *Gastroenterology* 1994; 107: 1865-84.
8. Sontag S et al. Persistent gastroesophageal reflux disease symptoms on standard proton-pump inhibitor therapy. *Gastroent Clin North Am* 2002; 31: 577.
9. Locke G et al. Natural history of nonerosive reflux disease: Is all gastro-esophageal reflux disease the same? What is the evidence? *Gastroenterol Clin North Am* 2002; 31 (4 suppl): 559.
10. Ofman J et al. Decision making in Gastroesophageal disease, what are-the critical issues? *Gastroenterol Clin North Am* 2002; 31: 567.
11. Goldenhersh MJ et al. Asthma and Gastroesophageal reflux in infants and children. *Immunol Allergy. Clin North Am* 2001; 21(3): 439-448.
12. Fass R. Gastroesophageal reflux disease revisited. *Gastroent Clin North Am* 2002; 31 (4 suppl): 51.
13. Waring J. Surgical and Endoscopic treatment of gastroesophageal reflux-disease. *Gastroent Clin North Am* 2002; 31: 589.
14. Ritter MP, Peters JH, De Meester TR, Crookes PF, Mason RJ, Green L, Bremner CG. Outcome after laparoscopic fundoplication is not dependent Upon a structurally defective lower esophageal sphincter. *J Gastrountest Surg* 1998; 2: 567-572.

Correspondencia :

Dr. José Humberto Vázquez Sanders.

Municipio Libre 191-bis Col. Portales

México, D.F. C.P. 03300

E-mail: drvsanders@yahoo.com