

Esofagitis por reflujo no complicadas

Dr. Luis A. Praderi, Dr. Oscar Balboa.

Los autores presentan su experiencia en el tratamiento de 107 pacientes portadores de esofagitis por reflujo que no han condicionado estenosis, úlceras o acortamiento del esófago.

En los mecanismos etiopatogénicos que condicionan el reflujo se enfatiza en la presencia de mecanismos defensivos y agresores que actúan sobre el Esfínter Esofágico Inferior (EEI). Se pone de manifiesto la importancia de la presentación clínica con manifestaciones extra-digestivas, en especial respiratorias y laringeas. En lo referente al tratamiento se insiste en comenzar con medidas higiénico-dietético-medicamentosas que son eficaces en el 85.3% de los casos. Se precisa la indicación del tratamiento quirúrgico analizando su fundamentación y los detalles técnicos más importantes. Los resultados muestran que hay un 10.5% de pacientes en quienes reaparece el reflujo con o sin hernia, señalándose la baja incidencia de dificultad para eructar en el posoperatorio.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Esofagitis, Peptic.

SUMMARY: Non complicated esophagitis caused by reflux.

Authors present their experience in treating 107 patients suffering from esophagitis caused by reflux, having conditioned no stenosis, ulcers or shortening of the esophagus.

Concerning the etiopathogenic mechanisms conditioning the reflux, emphasis is laid on the fact that there are defensive and attacking mechanisms acting on the lower esophageic sphincter. Stress is also laid on

*Clinica Quirúrgica "F" (Director Prof.
Dr. Luis A. Praderi), Hospital de Clínicas.
Facultad de Medicina, Montevideo.*

the importance of the clinical presentation including extra digestive signs, respiratory and laryngeal in particular. In what concerns treatment, authors insist on starting by conservative medical measures that have proved effective in 85.3% of the cases. The indication of surgical treatment is discussed, examining its bases and the most important technical details. Results indicate a 10.5% of patients in which reflux reappears with or without hernia, remarking low incidence of difficulty to eruct in post-operative condition.

RÉSUMÉ: Oesophagite par reflux non compliquée.

Les auteurs présentent leur expérience dans le traitement de 107 patients atteints d'une oesophagite par reflux n'ayant présenté au moment du traitement ni sténose, ni ulcère, ni raccourcissement de l'oesophage.

Parmi les mécanismes étiopathogéniques responsables de l'apparition du reflux, les mécanismes défensifs et agresseurs ayant une action sur le E.E.I. sont les plus importants.

L'importance de la présentation clinique avec des manifestations extradigestives spécialement respiratoires et laryngées est soulignée. En ce qui concerne le traitement on insiste sur l'importance de commencer avec des prescriptions hygiéniques, diététiques et médicamenteuses qui sont efficaces dans le 85,3% des cas. L'indication du traitement chirurgicales est précisée, en analysant ses fondaments et les détails techniques les plus importants.

Les résultats montrent qu'il y a un 10,5% des malades dans lesquels le reflux réapparaît accompagné ou non d'hernie. Ils remarquent que l'incidence de difficulté pour éructer dans le post-opératoire est basse.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 7 de julio 1982.

Prof. Director y Prof. Agregado de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Bvar. España 2761, Montevideo. (Dr. L.A. Praderi).

INTRODUCCION

En el año 1967 presentamos en la Sociedad de Cirugía^(14, 16), nuestros 17 primeros casos de Hernia Hiatal y Reflujo Gastroesofágico, tratados mediante la Funduplicatura de Nissen. Desde entonces hemos continuado prestando especial atención a este tema que ha evolucionado y cambiado en lo referente a conceptos fisiopatológicos y conducta terapéutica; sin embargo nos mantenemos fieles al mismo procedimiento quirúrgico.

Nuestro propósito en este trabajo es puntualizar tres aspectos que consideramos de singular importancia, y que los hemos cimentado, no sólo con nuestra experiencia, sino también en el intercambio de opiniones en reuniones nacionales e internacionales, en que nos correspondió participar:

- 1) Conceptos fisiopatológicos actuales.
- 2) Estadificación diagnóstica e indicación quirúrgica.
- 3) Fundamentos de la elección del procedimiento quirúrgico, así como resultados obtenidos en nuestra serie desde 1965 a la fecha.

Nos circunscribiremos en esta presentación a las Esofagitis por reflujo no complicadas, con la idea de abocarnos en futuro trabajo, al tratamiento de las formas complicadas. Entendemos por no complicadas, las esofagitis de grado leve y moderado, que no han determinado estenosis (disfagia), ulceraciones o esófago corto.

CONCEPTOS FISIOPATOLOGICOS ACTUALES

El reflujo gastroesofágico no es sinónimo de esofagitis. El RGE que podemos definir simplemente como el pasaje del contenido gástrico o gastroduodenal en sentido antiperistáltico, puede constituir:

- A) El mecanismo de defensa del organismo, frente a una exagerada distensión o repleción del sector gastroduodenal, expresada en gestos funcionales que no constituyen entidades patológicas, como el eructo, vómito o regurgitación. La regurgitación es un fenómeno banal, según Johnson en el 4% de las personas sanas, si se registra durante 24 horas.
- B) La alteración fundamental en la génesis de las esofagitis, cuando se aumenta el tiempo de contacto del contenido gástrico o gastroduodenal con la mucosa esofágica por la alteración de 3 factores:
 1. Reiteración del pasaje del contenido gastroduodenal, como consecuencia de la incompetencia de EEI. Esta

incompetencia puede ser: a) por alteración del tono del EEI traducida en hipotensión o desaparición de la Z.A.P.; constituye el mecanismo más común y frecuente; o b) por aumento de la presión negativa intratorácica (asmáticos, enfisematosos, etc.) que crea la incompetencia relativa del EEI, con presión absoluta conservada. Este segundo mecanismo^(1, 2) se explica fácilmente en la lectura de los registros manométricos. La presión negativa intratorácica que es igual a la endoesofágica, muy aumentada en los pulmonares crónicos, no puede ser contrarrestada por la presión positiva de un EEI normal.

2. Alteración de la peristalsis esofágica como suele verse en distrofias neuromusculares, esclerodermia, etc., que genera la ineficacia del lavado esofágico, mecanismo fisiológico que arrastra el líquido ácido o alcalino, evitando se lesione la mucosa esofágica.
3. Alteración del contenido gástrico o duodenal en el sentido hiperácido o alcalino por afecciones gástricas o duodenales. Este tercer factor generalmente actúa asociado a los dos anteriores que son los más importantes.

Cuadro I

Etiología Esofagitis por Reflujo Incompetencia E.E.I.

IDIOPATICA	Factores neuro-hormonales Estimulantes disminuidos. Ej. gastrina. Disminución respuesta a alimentos que producen gastrina.
SECUNDARIA —	Fisiológica-funcional Hernia hiatal Post-Quirúrgicas Enf. musculares - Esclerodermia, etc. Iatrogénicas - Uso anticolinérg., sedantes.
RELATIVA	Zap conservado. Pres. intratorácica aumentada. Ej. Asma.

Esquematisado el mecanismo generador de las esofagitis por reflujo, veamos en el cuadro 1 cuáles son las etiologías que determinan la incompetencia del EEI. Se destacan como más comunes en nuestros pacientes, las secundarias a una alteración morfológica como son las hernias hiatales por deslizamiento, las malformaciones cardiotuberositarias y las determinadas por afecciones del aparato respiratorio que aumentan la presión negativa intrapleurales^(19, 20).

ESTADIFICACION DIAGNOSTICA E INDICACIONES QUIRURGICAS

Presentación clínica

Síntomas muy diversos conformando diferentes síndromes son la traducción clínica de las esofagitis por reflujo. En frecuencia decreciente y sin profundizar sobre hechos ya conocidos constituyen:

- A) Síndrome de reflujo gastroesofágico, directamente vinculado a los cambios posturales.
- B) Síndrome respiratorio, el menos conocido y que generalmente no se vincula al reflujo; es tratado por médicos o neumólogos que no conocen el tema, sin la búsqueda en un simple interrogatorio, de síntomas digestivos. El propio paciente lo entiende como un problema independiente y no lo expresa si no es a través de una anamnesis dirigida. Esta asociación, que será motivo de una presentación a esta Sociedad, la consideramos de gran interés práctico. En 5 años de trabajo de un equipo multidisciplinario, médico-quirúrgico, hemos reunido más de 150 pacientes con patología respiratoria y esofagitis; demostrando su alta frecuencia^(19, 20).
- C) Síndrome Laríngeo: Carraspeo, Tos seca, disfonía, dolores cervicales irradiados al oído, mandíbula, etc., traducen la laringitis posterior (interarritenoidea) que es un signo patognomónico de la asociación digestivo-respiratoria (Larrain)^(11, 12).
- D) Síntomas cardiovasculares: Extrasístoles, angor, dolor retroesternal, etc., máscara cardíaca de la hernia diafragmática, es la sintomatología refleja que se origina en la esofagitis.
- E) Síndrome anémico: Determinado por el microsangrado a nivel del esófago y tuberculosis gástrica y no por alteraciones en el metabolismo de la hemoglobina como se consideraba antes.

Una vez sospechada la existencia del reflujo, el paciente debe ser sometido a varios estudios paraclínicos que nos permitirán diagnosticar la existencia de alteraciones morfológicas y funcionales, para precisar el grado de esofagitis y existencia de afecciones asociadas.

No deseo extenderme sobre este aspecto pero sí aclarar que deben seguir cierto orden:

- 1) Estudio radiológico convencional: Destaco que el hallazgo del reflujo radiológico depende del interés y el tiempo que le dedique el radiólogo al examen. Es positivo en un 50% de casos, cuando se realiza correctamente.
- 2) Esófago; gastroduodenoscopia y biopsia: Permitirá definir la existencia y el grado de esofagitis, descartar otras lesiones gastroduodenales y cuando hay estenosis hacer diagnóstico diferencial con neoplasma esofágico cardial⁽²⁰⁾.
- 3) Microlaringoscopia directa por suspensión: Con biopsia para diagnosticar la laringitis posterior y su grado. La laringoscopia indirecta no permite ver bien la escotadura interarritenoidea (falsos negativos)⁽²⁰⁾.
- 4) Manometría y pHmetría: No es un examen de rutina, debe realizarse en casos de duda de negatividad en los exámenes anteriores, para estudiar si existe o no ZAP., medir presión negativa intrapleurales (en pulmonares crónicos, asmáticos, enfisematosos, etc.) y comprobar la persistencia de pH ácidos en el esófago^(1, 2).
- 5) Investigación del RGE mediante leche con radioisótopos: Procedimiento sencillo, de gran valor en pediatría, que no distorsiona la fisiología esófago-gástrica⁽²⁰⁾.
- 6) Completar el estudio del paciente con radiografía de tórax, colecistografía (estudio funcional respiratorio, gases en sangre, etc., cuando el paciente es un respiratorio crónico), etc.

En suma, consideramos que el paciente portador de RGE debe ser estudiado por un equipo médico-quirúrgico.

Desde hace 5 años, hemos constituido un grupo de trabajo integrado por médicos neumólogos; que detecta muchos pacientes con la asociación patológica respiratoria-digestiva; radiólogo que busca con especial interés el reflujo; endoscopista que realiza las endoscopias y biopsias; el departamento de Medicina Nuclear, estudia el reflujo en niños o adultos con radioisótopos; otorrinolaringólogo quien practica la microlaringoscopia directa y en la clínica quirúrgica "F" el

laboratorio de Investigaciones Digestivas practica el estudio manométrico y pH métrico⁽²⁰⁾.

Los cirujanos de la Clínica, completan el tratamiento, cuando es precisa la intervención quirúrgica.

La dedicación a este tema nos ha llevado a reunir un grupo técnico especializado para unificar criterios de estudio y tratamiento.

TRATAMIENTO MEDICO

Todo paciente portador de sintomatología de reflujo gastroesofágico, con esofagitis no complicada, debe ser tratado médicamente en primer término. El tratamiento puede resumirse en 4 puntos primordiales:

- 1) Dieta: Supresión o reducción de grasas y glúcidos que por estimulación de la colecistoquinina abre el EEI; evitar las bebidas efervescentes y reducir y fraccionar las ingestas para evitar la sobredistensión gástrica. Reducir la ingesta líquida y de estimulantes de la secreción clorhidropéptica como los alcoholes, condimentos picantes, etc.
- 2) Medidas Higiénicas: Levantar la cabecera de la cama (28 cm) estimular la movilización después de las ingestas, reducir la obesidad, la constipación y todas las causas de hipertensión abdominal.
- 3) Medicamentos: Puede indicarse solamente los antiácidos, la Cimetidina, Pirenzepina y la Metocloropramida.
- 4) Suprimir o reducir: Medicamentos perjudiciales porque abren el EEI como Anticolinérgicos y Sedantes o porque estimulan la secreción clorhídrica o favorecen las gastritis; corticoides antirreumáticos, ácido-acetil-salicílico, etc.

La efectividad del tratamiento médico bien conducido es muy alta; en nuestra serie de 122 pacientes con RGE y patología respiratoria, obtuvimos curaciones y mejorías duraderas en 104 casos (85,3%)⁽²⁰⁾

INDICACIONES QUIRURGICAS

- 1) Rebeldes al tratamiento médico: Comprende diversas situaciones clínico-patológicas:
 - a) Con hernia hiatal por deslizamiento. La más frecuente.
 - b) Sin hernia hiatal evidenciable. Por radiología y/o endoscopia. Se incluyen aquí las malposiciones cardiotubositarias de Lortat-Jacob, ángulo de His abierto a menudo con lipoma.

- c) Con patología respiratoria. Las entidades más comunes son el asma, las neumopatías recidivantes, EPOC., fibrosis pulmonar, etc.
- d) Trastornos cardiovasculares. Presentes no necesariamente en grandes hernias; suelen verse en hernias pequeñas que engendran importantes trastornos reflejos.
- e) Con anemia hipocrómica.
- f) Con patología abdominal asociada. La más común litiasis biliar 48% o síndromes ulcerosos gastroduodenales, imponen la indicación quirúrgica en forma más inmediata.

- 2) Reiteración de los episodios de sufrimiento o imposibilidad de continuar el tratamiento médico. En pacientes jóvenes o cuando la esofagitis da sintomatología muy invalidante, se debe adelantar la indicación quirúrgica.
- 3) Sicopatías. Hemos visto con frecuencia la ER en pacientes hipocondríacos, deprimidos, angustiados, tratados por psiquiatría con múltiples sicofármacos. La indicación quirúrgica debe evaluarse con mucho equilibrio y no en forma apresurada.

OBJETIVOS DE LA CIRUGIA

Son tres fundamentales:

- 1) Crear un mecanismo valvular, que supla las funciones del EEI incompetente.
- 2) Situar el cardias en posición subfrénica abdominal, zona de presión positiva, objetivo siempre posible en las esofagitis no complicadas.
- 3) Tratar las afecciones asociadas. Las más comunes, litiasis biliar, hiperclorhidria y reponer el estómago a su situación subfrénica normal.

ELECCION DEL PROCEDIMIENTO

Hemos optado por la funduplicatura de Nissen como intervención base para la corrección del reflujo y la consiguiente esofagitis, por diversas razones:

- 1) Razones experimentales.
- 2) Razones técnicas.
- 3) Estudio de resultados

1) *Razones experimentales*: Luego de los conocidos estudios de Marchand que jerarquizaban la presencia de la cámara gástrica y el ángulo de His como mecanismo antireflujo, se han realizado más recientemente,

en 1976, en la Universidad de Illinois, estudios experimentales en perros para mostrar las diferencias entre lo que se consideraba el reflujo gastroesofágico normal, expresado en el eructo y el reflujo gastroesofágico patológico responsable de la esofagitis.

En la figura 1 del trabajo de Donahue y Bombeck⁽⁷⁾ se compara la presión basal de reposo en la zona del esfínter esofágico inferior y su respuesta a la inyección intravenosa de un bolo de pentagastrina, que es sin duda el mecanismo hormonal que determina el cierre del EEI., con la aparición consiguiente de una elevación de la presión. Esta experiencia se realiza en tres grupos de animales; el primero en animales de control, el segundo en animales a los que se les ha resecado la zona esfinteriana y restituido el tránsito por anastomosis simple (en ellos no hay respuesta a la pentagastrina), y el tercer grupo son animales a los que se les resecó el EEI y luego se les practicó una funduplicatura de 360°. Se comprueba un ascenso franco de la presión muy similar al grupo de control.

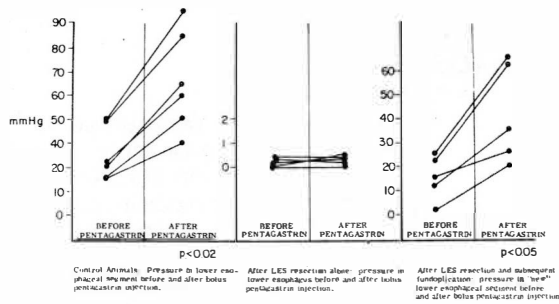


Fig. 1. (Tomada de Donahue y Bombeck). Resultados de estudio experimental en perros. Estimulación con pentagastrina y medición de la presión en esófago inferior. Columna izquierda. Animales normales/respuesta normal. Columna central. Animales con EEI resecado. Columna derecha. Animales con EEI resecado y funduplicatura.

El volumen de aire contenido en el estómago, para producir por su salida un eructo, varía en función de la resistencia que le opone la zona esfinteriana (fig. 2). Cuando la funduplicatura se hace de 360° y con manguito flojo, es la situación que se acerca más a lo normal. En la columna de la derecha con fun-

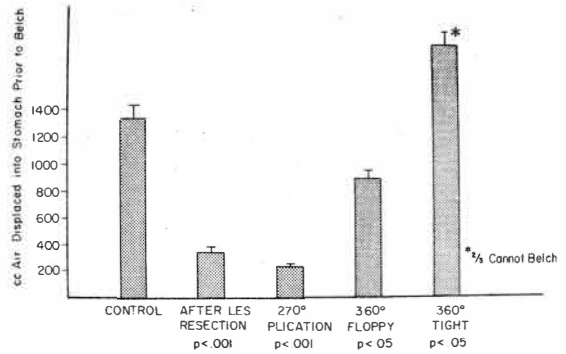


Fig. 2. (Tomada de Donahue y Bombeck). Volumen de aire para producir eructo según diversos tipos de manguito gástrico.

duplicatura cerrada, dos tercios de los animales no pueden eructar; es la situación que se denomina Bloat síndrome o imposibilidad de eructar y vomitar.

Se ha estudiado también la relación entre el volumen para eructar y la presión intragástrica para producir el eructo, según las distintas modalidades operatorias (fig. 3).

Se deduce que la funduplicatura incompleta de 180° ó 270°, o muy cerrada de 360°, no dan buenos resultados⁽⁷⁾.

Estos hechos explican los resultados pobres o variados de los métodos de funduplicaturas parciales tipo Toupet D'Or, Bel-sey, Lortat-Jacob, Cendan, etc.⁽¹⁾.

En nuestra clínica la Dra. Ricciardi, ha estudiado una serie de 12 pacientes operados, mediante manometría, comprobando la reaparición de la ZAP; 10 mediante operación de Nissen, 1 Lortat-Jacob y 1 operación de Thal⁽¹³⁾.

La reaparición de una ZAP es un hecho demostrado por numerosos autores, Bushkin, Neustein, Parker, Woodward, De Meester-Johnson, Kent Garabedian, Mokka, Pinto, Weisel, Reine Watson^(6, 8). No se conoce cual es el mecanismo de la ZAP; algunos autores creen que las fibras musculares a disposición transversal de la cámara gástrica, serían las que officiarían como nuevo EEI⁽⁷⁾.

Razones técnicas. La cirugía del reflujo es una intervención de carácter plástico, que debe llenar ciertos requisitos técnicos. Si se realiza en forma ordenada, limpia y metódica, lo que se logra con la experiencia en el manejo de una zona de acceso muchas ve-

ces difícil, se obtendrá la simplificación, la rapidez en la ejecución y los buenos resultados post-operatorios⁽¹⁶⁾.

Algunas consideraciones técnicas de los pasos a seguir: Abordaje: En las esofagitis no complicadas, siempre puede ser realizado el abordaje abdominal; sólo quedarían exceptuados los grandes obesos. Usamos la incisión mediana que debe comenzar a nivel de xifoideas e incluso láteroxifoidea hasta verse los fascículos anteriores del diafragma y terminar por debajo del ombligo. Consideramos que por su sencillez, rapidez y facilidad de cierre es la mejor y nos permite la exploración total del abdomen en busca de patología asociada, como la biliar, tan frecuente en nuestro medio. No operamos ningún paciente sin estudio de su vía biliar; dejar una litiasis y corregir una hernia es un grave error; es el gran argumento del abordaje abdominal. Cuando se opera por el procedimiento de Belsey por toracotomía, no es posible actuar lógicamente sobre la vía biliar. No escapa a nadie la interrelación fisiopatológica entre lo biliar y la patología del reflujo.

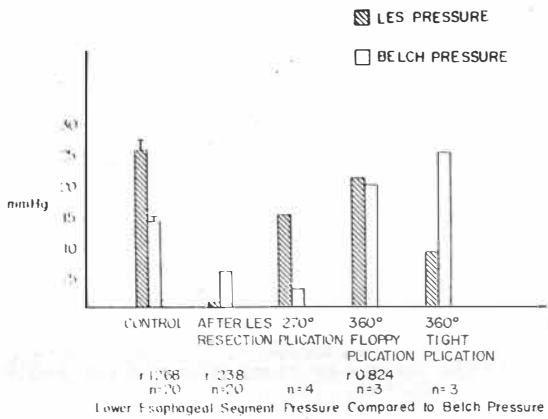


Fig. 3. (Tomada de Donahue y Bombeck). Presión de esófago inferior e intragástrica para producir eructo según diferentes técnicas de funduplicatura.

Hemos empleado algunas veces la incisión arciforme del epigastrio en boca de horno en pacientes de gran abdomen, pícnicos, con ángulos xifoideo muy abierto, lo que indica cardias muy profundo. La hemos abandonado porque es más laboriosa, cierre más largo y deja como secuelas, dolores xifoideos y en la cicatriz.

Exposición del cardias: Para lograrlo es fundamental la colocación de dos válvulas ortostáticas (García Capurro) en cada reborde, traccionando más sobre la izquierda.

El lóbulo izquierdo del hígado, a veces de gran volumen no lo liberamos del ligamento triangular; nos basta una valva maleable o ginecológica larga que lo levante, sostenido por un clamp a la valva ortostática derecha.

Identificar el esófago abdominal mediante sonda nasogástrica que se pasa durante la intervención, con el paciente dormido.

Sección primero de la pars flácida del epiplón menor con ligadura de la arteria hepática izquierda y ramas del vago. Se descubre de esa manera el pilar derecho del diafragma y se le separa del esófago (logia esofágica) identificando el tronco del vago posterior.

Separación del esófago abdominal de todo el contorno del hiato frénico con ligadura o electrocoagulación de algunas venas diafragmáticas. Se contornea el esófago abdominal, liberándolo fácilmente a expensas del espacio de deslizamiento de su logia y preservando el vago posterior que queda hacia atrás. Se carga con un tubo de goma fino para traccionarlo. El desgarro del esófago se produce por mala exposición, forzar el dedo o errar el plano anatómico. Se desciende por liberación del esófago torácico inferior hacia el abdomen en una extensión de 5 ó 6 cm. Muchas veces esto ya es suficiente para la funduplicatura y la cámara gástrica pasa por detrás y a la derecha del esófago torácico-abdominal sin tensión. Otras veces cuando el estómago es más pequeño o más fijo por los vasos cortos, debe liberarse la curvatura mayor del estómago, comenzando desde abajo hacia arriba para entrar bien en la transcavidad de los epiplones. En este tiempo es que se corre el riesgo de herir el bazo y luego tener que practicar una esplenectomía.

Para evitarlo hay que cuidar primero no traccionar groseramente con compresas sobre el epiplón gastroesplénico, pues esas maniobras, pueden crear el desgarro.

También la ligadura de los vasos cortos debe ser un tiempo cuidadoso, procurando no movilizar el bazo de su logia, sino solamente traccionar el estómago.

Confeción del manguito. Debe pasar el estómago sin tracciones excesivas para evitar su biloculación. Siempre usamos el manguito de 360° por los hechos antes demostrados. Los puntos de fijación (4 ó 5 solamente), deben tomar estómago, esófago torácico o abdominal y nuevamente estómago. De esa manera evitamos la desinvaginación. El manguito debe hacerse sobre el esófago

y no sobre el estómago, pues no cumpliría eficazmente su función valvular^(14, 15, 16).

Control del manguito. Nunca debe aprisionar el esófago y deben pasar a su través 2 ó 3 dedos, como se expresa en la fotografía intraoperatoria y en el esquema (Fig. 4). Esto es justamente lo que permitirá al paciente eructar y vomitar normalmente (Bloat síndrome).

Al fin del tiempo visceral retiramos el tractor de goma, que nos permitió mantener el cardias bajo.

Gastropexia. Desde el año pasado hemos realizado la fijación del estómago mediante puntos de lino a la cara inferior del diafragma o al pilar derecho del diafragma. Este gesto pretende evitar el ascenso en block al tórax, y es más sencillo que la fijación al ligamento periaórtico a la manera de Hill (Fig. 5).

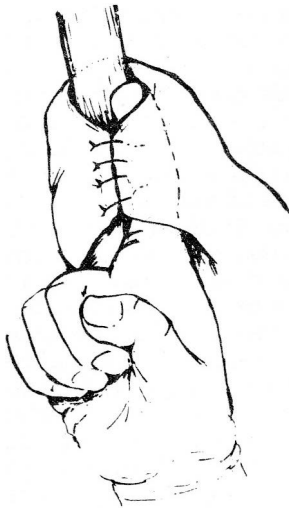


Fig. 4. Maniobra obligatoria para evitar el cierre excesivo del manguito gástrico.

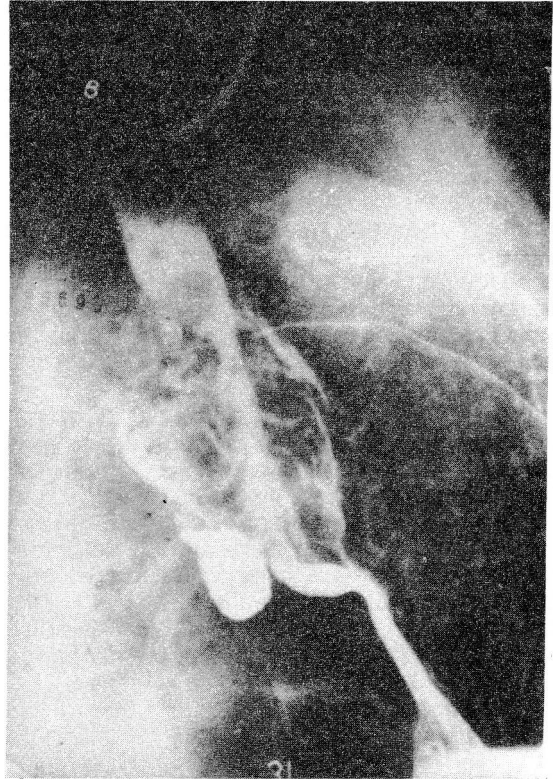


Fig. 5. Aspecto radiológico luego de funduplicatura y fijación a pilar derecho. Diafragma.

ción de vaguectomía ultraselectiva con buen resultado. En 18 casos realizamos vagotomía troncular y piloroplastia.

- 3) Control de hemóstasis. Es fundamental para evitar hemorragias postoperatorias o abscesos subfrénicos que nunca hemos tenido en nuestra serie de 140 casos. No drenamos la cavidad peritoneal.

OPERACIONES COMPLEMENTARIAS

- 1) Cierre del hiato frénico. Cuando el hiato es de gran diámetro, antes de la funduplicatura, realizamos su cierre con puntos separados, entre los dos pilares, por detrás del esófago. Esta maniobra es riesgosa; en dos casos debimos reoperar para reabrir el hiato. Las condiciones de relajación del diafragma y el decúbito pueden engañar al cirujano y llevarlo a un cierre exagerado. Es la causa más frecuente de disfagia postoperatoria citada en numerosos trabajos.
- 2) Vagotomía. La existencia de hiperclorhidria, síndrome ulceroso sin úlcera o duodenitis, etc., puede invitar a la realiza-

OTRAS OPERACIONES VISCERALES

En un alto porcentaje debemos realizar colecistectomía por litiasis.

Cierre parietal. La frecuencia de eventraciones, dolores a nivel de la cicatriz, etc., nos obligan a un cierre cuidadoso y esmerado. No olvidar que muchos de estos pacientes son respiratorios crónicos y necesitan la integridad de su pared abdominal como músculos accesorios.

La sonda nasogástrica sólo la dejamos unas horas, pues no olvidamos que es la determinante de graves esofagitis por reflujo en el post-operatorio inmediato. Sólo cumple

la función de evitar el vómito y la distensión gástrica post-operatoria.

En los cuadros II y III se sintetizan las recomendaciones técnicas y los posibles errores en la confección de funduplicatura

**Cuadro II
Recomentaciones Técnicas**

- 1) Liberar ampliamente esófago y curva mayor
- 2) Manguito gástrico 360° sin tensión
- 3) Cuidar vago posterior
- 4) Cuidar bazo
- 5) Sutura G.E.G.
- 6) Cierre del hiato por detrás sólo si es muy amplio
- 7) Gastropexia a pilar derecho
- 8) Correcta hemostasis
- 9) Tratar afecciones asociadas

**Cuadro III
Errores en la confección funduplicatura**

- 1) Liberación y descenso incompleto E. Torácico
- 2) Liberación insuficiente del estómago
- 3) Manguito incompleto o a tensión
- 4) Sutura gastro-gástrica
- 5) Cierre excesivo del hiato

CASUISTICA Y RESULTADOS

La casuística comprende un total de 139 pacientes tratados en la Clínica Quirúrgica "F" desde 1973 y los casos personales de los autores desde 1965 a Marzo de 1982; se extraen 107 esofagitis no complicadas o sea el 76,9% del total para realizar este trabajo.

Los procedimientos quirúrgicos empleados figuran en el cuadro IV demostrando nuestra clara preferencia por la Funduplicatura y el alto porcentaje de colecistectomías simultáneas (17,30%)⁽¹⁷⁾.

Los resultados fueron analizados exhaustivamente. En el cuadro V figura exclusivamente lo referente a la corrección del reflujo, que se obtuvo en 76 casos (73%); se incluyen dos casos de fracasos de otros métodos.

En la mayoría de la supresión del reflujo se obtiene de inmediato, a las pocas horas de operados y el tiempo de seguimiento en la cuarta parte de los casos fue de 12 a 4 años.

En 11 casos (10.57%) reapareció el reflujo con o sin recidiva herniaria, lo que atribuimos

a defectos en la confección del manguito valvular.

Como la serie está compuesta con muchos pacientes hospitalarios y del interior del país, fue imposible conocer evolución en un alto porcentaje (17.30%). Un paciente falleció en el post-operatorio alejado, después del mes de la intervención por un tromboembolismo masivo; se trataba de un bronquítico crónico, con insuficiencia respiratoria severa que mejoró notablemente después de la intervención y pudo ser dado de alta del Hospital antes de producirse la complicación⁽²⁰⁾.

**Cuadro IV
Procedimientos quirúrgicos**

Método Antireflujo		
F. Nissen		104
Lortat-Jacob		1
Gastropexia (Cirrosis)		1
Op. Complementarias		
Vaguet. y Píloroplastia	18	17.30%
Colecistectomías	18	17.30%
Esplenectomías acid.	4	3.84%

**Cuadro V
Funduplicatura de Nissen**

Resultados		
Buenos	76	73.00%
Reaparición del reflujo (con o sin recidiva herniaria)	11	10.57%
Se ignora evolución	18	17.30%
Fallecidos	1	0.96%
Total	106 casos	

En el cuadro VI, destacamos la morbilidad post-operatoria, que se manifestó por síntomas variados; el más frecuente fue la plenitud post-prandial (15 casos) atribuida a la reducción de la capacidad gástrica o a la hipertonia pilórica quizás por agresión vagal que corregimos mediante tratamiento médico y en los casos rebeldes por píloroplastia; la disfagia post-operatoria, persistente sólo la observamos en 4 casos, todos ellos en los que se realizó cierre del hiato; dos requirieron reintervención para reabrirlo, los dos restantes mejoraron con dilataciones.

Cuadro VI Funduplicatura de Nissen

Sint. Persistentes - Morbilidad

Plenitud post-prandial	15
Imposibilidad de eructar o vomitar	6
Disfagia post-operatoria	4
Sínd. post-vaguetomía	2
Complicaciones parietales	
Dolor cicatriz - Eventración	12
Desgarro esofágico	0

Los pacientes que recidivaron su hernia o reapareció el reflujo, fueron reoperados, 7, practicando diversos métodos que figuran en el cuadro VII.

Cuadro VII Recidiva R.G.E. - H.H.

Reintervenciones

Reparación vía torácica	3
Reparación vía abdominal y cura ulcus gástrico	1
Píloroplastia	2
Gastropexia	1

Como se deduce del estudio de estos portajes, no hemos logrado alcanzar las cifras de otros autores como la evaluación de De Meester^(5, 6, 9) que reconoce tres procedimientos como los más eficaces: la funduplicatura de Nissen-Rossetti, la operación de Belsey Mark IV y la operación de Hill.

Nuestra serie no está depurada y comprende la totalidad de los casos incluyendo los operados hace más de 15 años; sin duda la experiencia en la selección de los pacientes, la depuración técnica y la asimilación de nuevos conceptos como es la importancia de fijar el cardias en posición subfrénica, nos permite afirmar que los resultados en el último quinquenio han sido muy alentadores.

CONCLUSIONES

1. Las E.R. no complicadas constituyen el 76.9% del total de la serie.
2. El diagnóstico es siempre clínico, pero el grado lesional y la indicación quirúrgica se establece por un estudio paraclínico ordenado.
3. El tratamiento médico debe ser el inicial.
4. Se operan cuando no hay respuesta médica persistente.

5. La funduplicatura de Nissen-Rossetti, es la operación de elección, por razones experimentales y técnicas.
6. La intervención debe cumplir preceptos técnicos, para evitar morbilidad y recidivas.
7. La fijación al diafragma es recomendable: cardias subfrénico.
8. La manometría es el estudio fisiológico para control post-operatorio de resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BALBOA O., CARDOZO T., CHIFFLET J., ESTAPE G., ROMANO D., SOJO E., SOTO J.: Esofagitis por reflujo en el adulto. *Cir. Urug.* 47: 393, 1977.
2. BALBOA O., DELGADO F., VOELKER R.: Incompetencia del esfínter esofágico inferior. Su relación con las variantes de presión intratorácica e intra-abdominal. *Cir. Urug.* 49:550, 1979.
3. BRINDLEY G., HIGHTOWER N.: Tratamiento quirúrgico del reflujo gastroesofágico. *Clin. Quir. Norte Am.* 59:831, 1979.
4. BUSHKLIN L., NEUSTEIN CH., PARKER T., WOODWARD E.: Nissen funduplication for reflux peptic esophagitis. *Ann. Surg.* 185:672, 1977.
5. DE MEESTER T., JOHNSON L., KENT A.: Evaluation of current operations for the prevention of gastroesophageal reflux. *Ann. Surg.* 180:511, 1974.
6. DE MEESTER T., JOHNSON L.: The evaluation of objective measurements of gastroesophageal reflux and their contribution to patient management. *Surg. Clin. Norte Am.* 56:39, 1976.
7. DONAHUE P., BOMBECK C.: The modified Nissen funduplication reflux prevention without gas bloat. *Chir. Gastroenterol.* 11:15, 1977.
8. ELLIS H., ELKURO A., GIBB P.: The effect of funduplication on the lower esophageal sphincter. *Surg. Gynecol. Obstet.* 143: 1, 1976.
9. FERRARIS V., SUBE J.: Retrospective study of the surgical management of reflux esophagitis. *Surg. Gynecol. Obstet.* 152:17, 1981.
10. GUARNER V., MARTINEZ M., GAVIÑO J.: Ten years evaluation funduplasty in the treatment of gastroesophageal reflux: long term and comparative study in 135 patients. *Am. J. Surg.*, 139: 200, 1980.
11. LARRAIN A.: Hiperkeratosis laríngea posterior: su relación con reflujo gastroesofágico y enfermedad bronquial obstructiva. *Rev. Chil. Cir., Congreso Latinoamericano de Cirugía*, 4º, Seccional Tórax.
12. LARRAIN A., LIRA E., OTERO M.: Laringitis posterior. Su asociación con reflujo gastroesofágico. *Cuad. Cir.* 21: 241, 1977.
13. MOKKA R., PUNTO L. et al.: Surgical treatment of axial Hiatal-hernia reflux complex by Nissen Funduplication; a Cinecardiologic and manometric study. *Acta Chir. Scand.* 143: 265, 1977.
14. NISSEN R.: Cirugía del cardias. Symposium Ciba, 11-5-6: 195, 1963.
15. PEIX J., BAULIEUX J., BOULEZ J., DOUNE R., MAILLET P.: Complications et séquelles des fundo-plicatures; *Lyon Chir.* 77: 6, 1981.
16. PRADERI L.: Funduplicatura de Nissen en la hernia hiatal por deslizamiento. Indicaciones, técnicas y resultados. *Cir. Urug.* 37: 53, 1967.
17. RICHARD C.: La chirurgie dans les oesophagitis peptiques. *Ann. Chir.*, 32: 649, 1978.
18. SUIFFET W., ITUÑO C., ESTAPE G.: Hernia del hiato

- esofágico. Tática. Terapéutica quirúrgica. Cir. Urug. 42: 239, 1972.
19. TOMALINO D., PRADERI L., BALBOA O., FUGAZOT L., GUTIERREZ GALEAÑA H., TOUYA E., RICCIARDI N., COLAMONICI O., ROMANO D.: Fibrosis pulmonar y reflujo gastroesofágico. Prensa Méd. Argent., 69: 177, 1982.
20. TOMALINO D., PRADERI L., ROMANO D., BALBOA O., FUGAZOT L., GUTIERREZ GALEANA H., TOUYA E., RICCIARDI N., COLAMONICI O.: Patología respiratoria y reflujo gastroesofágico. Prensa Méd. Urug. 5: 1, 1982.