

HOSPITAL PEDIATRICO DOCENTE
"PEDRO A. PEREZ"
GUANTANAMO.

REFLUJO GASTROESOFAGICO EN EL NIÑO. RESULTADOS CON LA TECNICA DE BOIX OCHOA.

Dr. Manuel de Jesús Vela Guzmán.¹

RESUMEN

Se presentan los resultados del tratamiento quirúrgico con la funduplicatura de Boix Ochoa en niños con edades comprendidas entre 18 meses y 14 años, atendidos por reflujo gastroesofágico entre 1992 y 1995. El criterio quirúrgico fue la intratabilidad, desnutrición y complicaciones respiratorias. Para el diagnóstico se realizó: fluoroscopia con televisión, endoscopia con biopsia esofágica en el 100 % de los casos. Para el seguimiento se diseñó una escala de control de calidad postoperatoria, (CCPO), basada en valores clínicos y endoscópicos, con una puntuación de 0 a 8; la puntuación menor de 4 se consideró satisfactoria, la cual fue obtenida en el 100 % de los casos. El 83,3% de los niños se hallaba en el grupo de edades comprendidas entre 11 y 14 años ; el 16,6% presentó síntomas postoperatorios menores y el 100 % mostró desaparición total de la esofagitis. No hubo fallecidos. Se concluye que esta técnica es de gran eficacia en el tratamiento del reflujo gastroesofágico (RGE).

Palabras clave : REFLUJO GASTROESOFAGICO/cirugía; NIÑO; ESOFAGO/cirugía; ESTOMAGO/cirugía; TECNICAS QUIRURGICAS.

INTRODUCCION

El reflujo gastroesofágico (RGE) es una entidad frecuente en la infancia; entre 1:300 y 1:1000 niños tienen un cuadro clínico significativo y complicaciones;¹ el 85% presenta síntomas en el período neonatal¹⁻⁴. La incompetencia en el esfínter esofágico inferior, la demora en el aclaramiento esofágico y gástrico, y la actividad clorhidropéptica sobre la mucosa esofágica^{1,2} explican el conjunto de síntomas que presentan los pacientes. El tratamiento conservador con dieta espesada y minutada, la posición semisentada pospandrial, así como la medicación

¹ *Profesor Auxiliar de Cirugía Pediátrica*

antirreflujo, gastroduodenoquinética y antiácida han resuelto en el 84 % de los casos de RGE^{1,2-5} y el resto requiere tratamiento quirúrgico; la esofagitis, los problemas nutricionales y respiratorios son los principales^{1,2,6,7}. Entre las funduplicaturas más frecuentemente utilizadas se hallan: la de Nissen y Rosetti⁸, Toupet y variedades^{2,9}; en la actualidad se han realizado por laparoscopia^{10,11}. Recientemente, en España, Boix Ochoa y Casada¹² han propuesto una funduplicatura que tiene como base fisiológica lo que se conoce como barrera antirreflujo². Desde 1992 hemos utilizado dicha técnica para el tratamiento de los niños con RGE que no han mejorado con el tratamiento conservador; los resultados postoperatorios basados en la escala de control de la calidad postoperatoria (CCPO) se exponen en este trabajo.

MATERIAL Y METODO

Desde enero de 1992 a diciembre de 1995 se realizaron 10 funduplicaturas por RGE, 4 por la técnica de Nissen y Rosetti, y 6 por la técnica de Boix Ochoa, con todos los casos escogidos al azar. En el 100 % de los casos la funduplicatura se realizó por laparotomía, utilizándose una incisión transversa en el epigastrio, con prolongación hacia el apéndice xifoides. Los pasos técnicos fundamentales fueron:

1. Elongación del esófago abdominal a 5 cm, movilización de fundus y gastropexia anterior al pilar derecho del diafragma;
2. Gastroesofagopexia al borde derecho del esófago y elevación de la parte superior del cuerpo gástrico y plicatura con fijación al hemidiafragma izquierdo.

No se hizo proceder de piloroplastia.

Para el seguimiento postoperatorio se diseñó la siguiente escala de control de la calidad postoperatoria (CCPO).

Indicadores	Valores		
	0	1	2
Clínicos &	Ausentes	Mejor	Igual
Endoscopios	Ausentes	Mejor	Igual
Peso	Aumento	-	Igual
Complicación	No	-	Si

El símbolo & se refiere al comportamiento de los signos y síntomas que presentaba el paciente antes de la operación.

Apreciación: de 0 a 3, resultado satisfactorio, y más de 3, no satisfactorio. El grado de satisfacción a pacientes y familiares se obtuvo por la encuesta directa

en las consultas. El seguimiento por consulta externa osciló entre 6 meses y 3 años, con endoscopias a los 6 meses y 1 año de operados.

RESULTADOS Y DISCUSION

En los 4 años del estudio fueron atendidos por consulta externa 56 niños con el diagnóstico de reflujo gastroesofágico (RGE); de ellos, fueron ingresados 44, es decir, el 78,5% y de éstos fueron operados 10, el 17,8% del total, resultado que ciertamente coincide, aunque algo mayor, con lo planteado en la literatura,^{1,2,5} probablemente relacionado con el uso de medicamentos más eficaces que la metoclopramida, como el cisapride,¹³ el cual no poseemos. En los niños ingresados se añade cimetidina¹¹ por su acción antiácida, aunque se registran mejores resultados con la ranitidina,⁵ gastroquinético que, además, no poseemos; a los pacientes con evolución no satisfactoria se les realiza esofagogastroduodenoscopia y, si se hallan signos de esofagitis, se efectúa una biopsia del esófago; en la actualidad se realizan otros estudios, como la manometría, el de pH esofágico, la escintografía, y el estudio de lipófagos en el exudado bronquial, además de un ultrasonido diagnóstico; consideramos que estos estudios, aunque con gran valor en la profundización de estos casos, no son imprescindibles.^{1,2,5,6,7} Al concluir la cuarta semana de tratamiento en el hospital, se valoró el tratamiento quirúrgico en aquellos casos sin resultados, de pacientes sin ganancia de peso, con comprobación histológica de esofagitis y complicaciones respiratorias, que fueron los principales indicadores tenidos en cuenta al evaluar el caso para la funduplicatura, lo que coincide con el criterio internacional.^{1,2,6,14}

TABLA 1 REFLUJO GASTROESOFAGICO. OPERADOS SEGÚN EDAD Y SEXO

Grupo de Edades	Masc.	Fem.	Total	%
1 ½ a 4 años	1	0	1	16.7
5 a 10 años	0	0	0	0
11 a 14 años	2	3	5	83.3
Total	3 (50%)	3 (50%)	6	100

De los pacientes operados con la funduplicatura de Boix Ochoa, el 83,3% estaban en el grupo de edades de 11 a 14 años, (tabla 1) y no hubo predominio en cuanto al sexo; en la literatura se señala como grupo de mayor

incidencia al lactante y al recién nacido;^{1,2,4,9} también es este grupo el de mejor evolución con el tratamiento conservador; es nuestro criterio no valorar el tratamiento quirúrgico en niños menores de 18 meses excepto en los casos de pacientes con complicaciones respiratorias graves, lo que no ocurrió en los nuestros. Como puede apreciarse, los pacientes en los que se hizo el diagnóstico

más tardío fueron los más difíciles de curar con tratamiento no quirúrgico, lo que reafirma lo antes señalado. Marcos Placencia y sus colaboradores⁴ hallaron predominio de pacientes del sexo masculino, con el 65%; en otros trabajos^{1,2} no se halla predominio por sexo, lo que ocurrió en nuestro caso.

Los resultados de la aplicación de la escala CCPO (tabla 2), durante el seguimiento postoperatorio, muestra que el 100% de los pacientes evolucionaron satisfactoriamente; sólo el 16,6% presentaron síntomas menores del orden de la dispepsia y sensación de plenitud gástrica. La endoscopia realizada a los 6 meses y al año de operado confirmó en el 100 % de los pacientes una regresión total de las lesiones esofágicas. Otros informes muestran buenos resultados con las funduplicaturas en general;^{1,2,6,10,11} alrededor del 90 % de éstas son satisfactorias, entendiéndose como tal la mejoría evidente de los síntomas, lo que ocurrió en el 100 % de nuestros casos.

TABLA 2. RGE OPERADOS SEGÚN RESULTADOS DE LA ESCALA CCP

Indicadores	Resultados						Total
	(0)	%	(1)	%	(2)	%	
Clínicos	5	63.4	1	16.6	-	-	6
Endoscópicos	6	100	-	-	-	-	6
Peso	6	100	-	-	-	-	6
Complicaciones	6	100	-	-	-	-	6

Referido en el material y método

Las recidivas del RGE se han registrado entre 5,2% y 7,1%^{6,15} por dificultades en el vaciamiento gástrico y la coordinación gastroduodenal, por lo que se recomienda un proceder complementario de piloroplastia;^{6,15} en la actualidad no hemos hallado recidiva en los pacientes que forman esta muestra.

En nuestra serie no lamentamos fallecidos, ni complicaciones inherentes a la técnica quirúrgica o a la herida. Estos resultados son superiores a los de otros estudios, aun con la cirugía laparoscópica.^{6,11}

CONCLUSIONES

La funduplicatura de Boix Ochoa para el tratamiento del reflujo gastroesofágico ha mostrado ser eficaz en nuestro servicio de cirugía, ya que se alcanzó el 100 % de recuperación con escasos síntomas postoperatorios, más comunes con el

empleo de las otras técnicas; la aplicación de la escala de control de la calidad postoperatoria nos permitió establecer los resultados con un patrón común, y cuenta con los aspectos más importantes a incluir en la evaluación de la intervención quirúrgica del reflujo gastroesofágico.

Consideramos que se debe tener en cuenta esta técnica quirúrgica ante los casos de RGE en los que haya fracasado el tratamiento conservador.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Behrman ER . En: Nelson - Textbook of Pediatrics. Philadelphia: W B Saunders Com-pany 14th edition 1992:943-45.
2. Welch JK. Gastroesophageal Reflux En: Pediatric Surgery. Chicago: Year Book Medical Publishers 4th edition 1986, Vol. 2: 712-18.
3. Boix Ochoa Canals J. Maturation of the Lower Esophageal sphincter. Jour Ped Surg 1976; 11: 749-52.
4. Marcos Placencia L, Rodríguez CJ, Infante AO, Carriles DM. Reflujo Gastroesofágico y Manifestaciones Respiratorias Bajas. Rev Cub Ped 1993; 65(1):18-24.
5. Brizuela Quintanilla R, García I, Arus Soler E, Galves A, Francisco S, Pérez Lorenzo M. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. Enfoque Terapéutico. Rev Cub Med 1991; 30(3):149-56.
6. Ossadon CF, Bravo AI, Acuña LR, Gioconi PJ, Chiong LI. Cirugía del Reflujo Gastroesofágico en niños. Evolución y seguimiento de 85 casos. Rev Chil Ped 1993; 64(5):307-13.
7. Contecin P, Maurage C, Ployet M, Seid AB, Sinaasapel M. Gastroesophageal Reflux and ENT-disorders in Childhood. Int Jour Ped Otorhinolaringol 1995; 32 Suppl: 135-44.
8. Nissen R, Rosetti M. Die Behandlung Von Hiatus Hernia Und Reflux-Oesophagitis Mit Gastropexia Und Funduplicato. Stuttgart, Georg Thieme Verlag 1959; (1):2-7.
9. Aschraft KW, Holder TM, Amoury RA. Treatment of Gastroesophageal Reflux in Children by Thal Funduplications. Jour Thor Cardio Surg 1981; 82: 706-9.
10. Lloyd DM, Robertson GS, Johnston JM. Laparoscopic Nissen Funduplications in Children Surg Endos 1995; 9(7):781-5.
11. Fountanard E, Espoliev P, Boulez J. Laparoscopic Nissen-Rossetti Funduplication. First Results Surg Endosc 1995; 9(8):869-73.
12. Boix Ochoa J, Casada JM, Gil Vernet JM. Une Chirurgie Physiologique pour les Anomalies du Secteur Cardiohiatal. Chir Ped 1983; 24:117-20.
13. González García JA, Juárez Galindo S, Suárez Maren E. Valoración clínica y endoscópica de la eficacia del Cisapride en Comparación con la Metoclopramida en el Reflujo Gastroesofágico en niños Invest Med Int 1992; 19(1):10-15.

14. Faure C, Besnod M, Césard JP. Traitement du Reflux Gastroesophagien. Arch Ped 1995; 2(3):263-6.

15. Fonkalsrud EW, Ellis DG, Show A, et al. A combined hospital experience with funduplication and gastric emptying procedure for gastro-esophageal reflux in Children. Jour Am Coll Surg 1995; 180(4):449-55