

II. HERNIA DEL HIATUS ESOFAGICO

Dr. Ariel A. Sabás, Jefe de Trabajos Prácticos.

Dr. Oscar A. Fava, Auxiliar de Docencia.

Dr. Alfredo S. Manfredi, Jefe de Trabajos Prácticos.

Cátedra de Clínica Quirúrgica II. Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.

RÉSUMEN

Se analizan 40 enfermos con hernia del hiatus esofágico internados en el Servicio de Cirugía II del Hospital Central de Mendoza; 28 de ellos reciben tratamiento quirúrgico por diferentes indicaciones: 20 por vía abdominal y 8 por vía torácica. Se hacen consideraciones sobre los estudios endoscópicos y acidimétricos, proponiendo finalmente una fórmula de estudio y tratamiento de estos enfermos.

SUMMARY

Forty patients with esophageal hiatal hernia were studied in the Surgery Department of the Central Hospital, in Mendoza, Argentina. Twenty eight of them were operated on, for different reasons: 20 of the patients via the abdomen and other 8 patients underwent the operation via the thorax. Endoscopic and acidimetric studies are being considered and plans are being made for the work up and treatment of these patients.

La hernia del hiatus esofágico es una patología que se presenta con cierta regularidad, sola o asociada con otras enfermedades. La evolución de los conocimientos anatómicos, histológicos y fisiológicos de la región esofagogástrica, como asimismo los aportes de la clínica y métodos complementarios de estudio, permiten en el momento actual tener una mejor comprensión de la esofagitis por reflujo y poder encarar su tratamiento médico y quirúrgico con resultados satisfactorios.^(7, 5)

Es propósito de este trabajo dar a conocer la experiencia recogida, desde 1969 hasta 1978, en el estudio y tratamiento de 40 enfermos con esta patología internados en el Servicio de Cirugía II del Hospital Central de la Ciudad de Mendoza.

MATERIAL Y METODO

Se analizaron 40 enfermos internados portadores de hernia del hiatus esofágico, siendo 31 de ellos mujeres, sexo en el cual se presenta más frecuentemente esta patología.

La edad en que con más frecuencia se encontró esta patología fue entre los 50 y 69 años, como puede inferirse del análisis de la siguiente tabla:

TABLA 1

30-39 años	2 casos
40-49 años	8 casos
50-59 años	15 casos
60-69 años	13 casos
70-79 años	2 casos

Entre los síntomas que se presentaron como principales, en el momento de la internación, pueden consignarse, ordenados de acuerdo con su frecuencia:

TABLA 2

Pirosis	50 %
Disfagia	30 %
Epigastralgia	12,5 %
Hemorragia digestiva	10 %
Regurgitación	7,5 %

Todos los enfermos fueron estudiados radiológicamente, encontrándose en todos los casos hernias de la variedad por deslizamiento, las que presentaron reflujo gastroesofágico en 31 pacientes. No se hallaron hernias parahietales. En 8 de los enfermos que presentaron disfagia ésta fue comprobada radiológicamente y en 3 de ellos por cáncer de esfóago inferior asociado a la hernia del hiatus.

De los 40 enfermos que fueron estudiados con endoscopia, se encontraron 8 con signos endoscópicos de esofagitis leve o moderada y 8 con signos de esofagitis severa con estenosis cicatrizal (3 de ellos con cáncer de $\frac{1}{3}$ inferior asociado a la hernia) y 7 enfermos sin signos macroscópicos de esofagitis. No siempre se pudo catalogar el estadio microscópico de la esofagitis mediante biopsias.

Sobre la base de un estudio que se hizo en 5 de los enfermos que presentaban esofagitis macroscópica leve o moderada se pudo establecer la siguiente relación:

TABLA 3

Acidimetría	Síntomas de esofagitis	Radiología
Normal	4 Presentes ..	4 Con reflujo ..
Hipoclorhidria ..	4 Ausentes ...	1 Sin reflujo ...
		0

La relación que se encontró entre las mismas variables en un estudio similar realizado en 7 en-

fermos que no presentaban esofagitis macroscópica fue:

TABLA 4

Acidimetría	Síntomas de esofagitis	Radiología
Normal	Presentes .. 6	Con reflujo .. 5
Hipoclorhidria .. 3	Ausentes ... 1	Sin reflujo ... 2
Hiperclorhidria .. 1		

La acidimetría gástrica fue realizada en 19 casos, obteniéndose los siguientes resultados:

TABLA 5

Normal	6
Hipoclorhidria	9
Hiperclorhidria	4

Relacionando estos valores acidimétricos con los síntomas de esofagitis y los datos radiológicos se halló lo siguiente:

TABLA 6

Acidimetría	Síntomas de esofagitis	Radiología
Normal	Presentes .. 4	Con reflujo .. 6
	Ausentes ... 2	Sin reflujo ... 0
Hipoclorhidria .. 9	Presentes .. 9	Con reflujo .. 9
	Ausentes ... 0	Sin reflujo ... 0
Hiperclorhidria .. 4	Presentes .. 0	Con reflujo .. 3
	Ausentes ... 4	Sin reflujo ... 1

La hernia del hiatus se encontró en 19 enfermos asociada a otras patologías así discriminadas:

TABLA 7

Litiasis vesicular	9 casos
Cáncer 1/3 inferior esofágico	3 casos
Diverticulosis colónica	1 caso
Gastritis	1 caso
Hernia epigástrica	1 caso
Esclerodermia	1 caso
Cáncer de páncreas	1 caso
Linfosarcoma	1 caso
Asma bronquial	1 caso

En cuanto a la terapéutica, en 12 enfermos se prefirió sólo el tratamiento médico sin intervención quirúrgica por existir en la mayoría de los casos patologías asociadas y encontrarse el enfermo en mal estado general; en pocos casos la cirugía fue rehusada por el paciente.

En 28 casos se aplicó tratamiento quirúrgico justificándose su elección por las siguientes causas:

TABLA 8

Hernia rebelde al tratamiento médico	9 casos
Patología asociada: litiasis vesicular (3 de ellos con hernias muy sintomáticas)	9 casos
Estenosis por esofagitis severa	6 casos
Hernia recidivada	1 caso
Hemorragia digestiva	3 casos

En todos los casos se procuró cumplir con los postulados básicos de la cirugía de la hernia del hiatus esofágico: descender el esófago a 3 cm por debajo del diafragma; mantenerlo en esa posición; realizar el estrechamiento del hiatus y restaurar el ángulo esofagogástrico.

De los 28 enfermos sometidos a tratamiento quirúrgico, en 20 se hizo el abordaje por vía abdominal (en 9 asociado con colecistectomía por litiasis vesicular) y en 8 se hizo el abordaje por vía torácica.

El abordaje por vía abdominal fue completo con los siguientes procedimientos:

- técnica de funduplicatura a lo Santy en 14 oportunidades, combinada con piloroplastia en 7 enfermos;
- técnica de funduplicatura a lo Nissen y piloroplastia en 1 caso;
- técnica de Myre y variedades (cierre de pilares, reconstrucción del ligamento freno-esofágico y gastropexia al diafragma) en 4 casos; en 1 caso combinada con piloroplastia y vagotomía y en otro caso con piloroplastia.

Cuando se usó la vía torácica se aplicaron las siguientes técnicas:

- técnica de Allison en 2 casos (apertura del diafragma, reconstrucción del ligamento freno-esofágico y cierre de pilares);
- técnica de Sweet en 2 casos (resección del saco y cierre de pilares);
- técnica de Belsey en 1 caso (en la hernia recidivada);
- técnica de Biondi: resección esofagogástrica en 1 caso;
- técnica de Thal más funduplicatura: 2 casos (se realizó por estenosis cicatrizal).

RESULTADOS

En general los resultados inmediatos, hasta 2 meses después de realizada la operación, fueron buenos, desapareciendo la sintomatología por la que los enfermos habían consultado.

Sin embargo, en 7 pacientes se presentaron las complicaciones que se detallan a continuación:

- 1 paciente siguió con pirosis, por lo que fue necesario realizar piloroplastia, luego de la cual mejoró;
- otro a quien se le había aplicado la técnica de Thal falleció por dehiscencia de la sutura;

- cinco enfermos presentaron disfagia (en 3 de ellos ya estaba presente antes de la operación).

De estos 5 enfermos con disfagia:

- a 1 se lo reoperó a los 3 años, realizándosele dilatación quirúrgica, no obteniéndose mejoría;
- a otro se le practicaron al año dilataciones endoscópicas, desconociéndose la evolución posterior;
- a otro se lo investigó, no encontrándose la causa de la disfagia a la que se la consideró funcional y fue de poca importancia;
- en 2 enfermos la disfagia desapareció espontáneamente al mes de operados sin tratamiento.

Los resultados mediatos fueron evaluados en 10 enfermos por citación al hospital y en algunos casos por el conocimiento de su evolución posterior. Tres de ellos, que presentaban disfgias, están incluidos en el análisis de los resultados inmediatos antes efectuado. De los 7 restantes que vinieron a la consulta, 4 evolucionaron bien sin síntomas, 2 presentaron pirosis, pero sin hernia radiológica (a 1 se le había aplicado la técnica de Santy más piloroplastia y al otro la técnica de Sweet por vía torácica), y 1 enfermo presentó radiológicamente hernia hiatal recidivada, pero asintomática (se le había aplicado la técnica de Santy con piloroplastia). Sin embargo, no se pueden extraer conclusiones respecto de los resultados mediatos, dado el escaso número de enfermos a los que se ha podido controlar su evolución.

DISCUSION

De acuerdo con las estadísticas sólo un 15 % de las hernias del hiatus esofágico son rebeldes al tratamiento médico y requieren tratamiento quirúrgico. En los casos analizados en el presente trabajo, justamente se sometieron a tratamiento quirúrgico aquellas hernias que fueron rebeldes al tratamiento clínico o que tuvieron complicaciones. Por otra parte, se considera que un 50 % de este tipo de hernias son asintomáticas y un 35 % dan síntomas moderados.

En cuanto a la endoscopia se comprobó que su aspecto macroscópico no guarda correlación con la sintomatología, los datos radiológicos y los valores acidimétricos. Por lo tanto, estos enfermos, presenten o no signos macroscópicos de esofagitis, deben estudiarse mediante biopsias para poder de esa manera identificar estadios diferentes, tales como hiperplasia de la capa basal, adelgazamiento de la capa estratificada, extensión superficial de las papilas y acúmulo de células redondas y neutrófilos. También mediante biopsias se podrá evaluar la calidad del epitelio para poder localizar a qué altura se realiza el cambio mucoso (de epitelio escamoso a columnar de tipo gástrico) que normalmente se establece a 1 ó 2 cm por arriba de la unión esofagogástrica (aspecto externo donde la capa muscular esofágica termina y se continúa con la serosa gástrica y

que además corresponde al extremo inferior del esfínter esofágico inferior). Algunos autores postulan que probablemente la esofagitis se deba a que este cambio se realiza a mayor altura que la descrita. La realización de biopsias permitirá determinar con mayor precisión el tratamiento médico y la indicación quirúrgica.

Por otra parte, no se ha encontrado verdadera relación entre los valores acidimétricos, los signos y síntomas de esofagitis y la radiología, lo que induce a evaluar también los factores coadyuvantes de la esofagitis por reflujo, tales como: permanencia del reflujo, peristaltismo esofágico, la presión abdominal y el terreno predispuerto a la acción del jugo gástrico, entre otros.

Ningún enfermo fue estudiado con cineradiología, medidas de pH esofágico ni con manometrías esofágicas. Sin embargo se consideran que estos elementos, sobre todo la manometría esofágica, son de gran importancia, no sólo para el estudio clínico, sino también para planificar el tratamiento quirúrgico. Asimismo estos procedimientos permiten detectar enfermos con esofagitis sin hernia del hiatus como producto de alteraciones del esfínter esofágico inferior.

Son conocidas las alteraciones fisiológicas de este esfínter como producto de la acción de la gastrina a través de receptores colinérgicos que posee, como así también las otras influencias hormonales.

En cuanto a la vía de abordaje y el procedimiento técnico utilizados en estos casos deben ser elegidos de acuerdo con las características particulares de cada enfermo. La selección debe estar basada sobre un profundo análisis de cada paciente mediante radiología, endoscopia, acidimetría y manometría esofágica. Para este estudio se puede formular, de acuerdo con Berman, la siguiente ecuación:

$$\frac{D + T + C + \text{Hiatus} + P + \text{LFE}}{R} = 1$$

- D: estudio del jugo gástrico
- T: tiempo de los síntomas de esofagitis
- C: desplazamiento del cardias
- H: ángulo de Hiss
- Hiatus: hiatus dilatado
- EEl: estudio manométrico del EEI
- P: pilorospasmo; se encuentra en un 16 % de los casos
- LFE: ligamento frenoesofágico
- R: resistencia de la mucosa
- I: inflamación

Del análisis de esta ecuación se puede inferir que cuando estos factores están alterados se debe proceder de la siguiente manera:

- D: si hay hiperclorhidria debe evaluarse la vagotomía
- Cardias: debe descenderse el esófago abdominal
- Hiss: reconstruir el ángulo esófago-gástrico
- Hiatus dilatado: cierre de pilares

Disminución del tono del EEI: reconstruir el tono con operaciones como la de Nissen, Santy y variedades

Pilorospasmo: realizar piloroplastia

LFE: reconstruirlo

La vía de abordaje debe ser en principio la abdominal, sobre todo, si hay patología asociada que requiera tratamiento quirúrgico. La vía to-

rácica debe reservarse para enfermos obesos o que tengan estrechez del esófago y para las hernias recidivadas. Pero de cualquier manera la selección de los procedimientos técnicos debe responder a un estudio planificado de estos enfermos y a un conocimiento adecuado de los elementos anatómicos, histológicos y fisiológicos de la región esofagogástrica, cualquiera sea la vía de abordaje.

BIBLIOGRAFIA

1. Aifolter, H.: "Pressure characteristics of reflux esophagitis". *Helvetica Medica, Acta* 5:395-406, 1966.
2. Berman J.: "The 'Balanced procedure' for the treatment of hernia hiatal complex". *Surgical Clinics*, 53:529-547, 1973.
3. Boesky, S., et al.: "The effect of Carbachol on resting gastro-oesophageal sphincter pressure and serum gastrin in normal human subjects". *Scand. J. Gastroent.*, 11:171-75, 1976.
4. Condon, R. E.; Kraus, M. A. y Wollheim, D.: "Cause of increase in lower esophageal sphincter pressure after fundoplication". *Journal of Surgical Research*, 20:445-50, 1976.
5. Durán, M.; Raskowsky, R., y Curea, M. C.: "Tratamiento quirúrgico actual de la hernia hiatal". *Rev. Arg. Cirug.*, 30:180, 1976.
6. Ellis, H. F.: "Gastroesophageal reflux. Indications for fundoplication". *Surgical Clinics*, 51:575-588, 1971.
7. Olacregui, J. C.: "Tratamiento quirúrgico de las esofagopatías benignas". Relato del XLII Congreso Argentino de Cirugía, Bs. Aires, 1972.
8. Ottibger, L. W.: "Clinical Management of Hiatus Hernias and Gastroesophageal reflux". *Surgical Clinics*, 54:475-488, 1974.
9. Rusch, W.; Lux, G.; Schittenhelm y Demling, L.: "Interaction of somatostatin and pentagastrin on lower oesophageal sphincter pressure in man". *Acta Hepato-Gastroenterológica*, 23:209-12, 1976.
10. Wright, L. E., y Castell, D. O.: "The adverse effect of Chocolate on lower esophageal sphincter pressure". *The Am. J. of Digestive Diseases*, 20:703-707, 1975.