

HERNIA POR DESLIZAMIENTO DEL HIATUS ESOFAGICO — ESOFAGITIS POR REFLUJO (*)

Dres. W. Suiffet, R. Musso y R. Peyrallo

Las hernias a través del hiatus esofágico del diafragma son fundamentalmente de dos variedades:

- las paraesofágicas o de rotación;
- las hiatales o de deslizamiento.

En las paraesofágicas, el estómago ocupa un saco preformado por delante del esófago, y penetra en el tórax sólo o acompañado de epiplón o colon transverso. El elemento básico y fundamental es que mientras los ligamentos cardiales quedan fuertes, el saco herniario está solamente ocupado por la pared anterior del estómago, con o sin epiplón y colon. Por tanto, **el cardias permanece en su sitio** y el esófago penetra al estómago en un ángulo agudo. El saco ocupado por un buche de estómago, queda entre el pericardio y la columna y al dilatarse el estómago impide la regurgitación del contenido gástrico al esófago. La sintomatología puede ser diversa, pero este tipo de hernia no se acompaña de esofagitis ni ulceraciones esofágicas.

En las hernias por deslizamiento, aún sin saco, **el cardias se eleva en el tórax**; hay un acortamiento con arrollamiento del esófago y el ángulo agudo entre el esófago y el estómago desaparece. Aparece en estos casos la regurgitación de alimentos y jugos ácidos lo que conduce a la esofagitis y aún a la ulceración, fibrosis y estenosis.

Durante una primera etapa la hernia es reducible porque hay un esófago acortado, pero no un esófago corto congénito. Si el proceso de esofagitis progresa, el esófago se rodea de una zona de peri esofagitis y la hernia no es más reducible.

(*) Comunicación presentada a la Sociedad de Cirugía, en la media hora previa, de la sesión del 21 de noviembre de 1951.

En la primera etapa el problema es reducir la hernia y corregir el defecto parietal frénico.

En la segunda etapa el problema es más grave e implica una resección esofágica, con restablecimiento de la continuidad.

La conducta quirúrgica en el caso de hernia hiatal por deslizamiento con esofagitis por reflujo, se puede sintetizar así: (Allison)

Sección de los ligamentos frenoesofágicos y el saco peritoneal cerca del cardias, colocando luego a éste bajo el diafragma.

Unión de las fibras verticales del pilar derecho del diafragma una a las otras, por detrás del esófago. Esta unión debe ser ligera para permitir al músculo continuar su función como tal.

De acuerdo a estos conceptos de Allison, hemos estudiado y tratado un enfermo que presentaba una hernia por deslizamiento con esofagitis por reflujo.

J. F., 49 años, uruguayo, casado.

En abril de 1949 comienza a sentir dolores epigástricos sin irradiación. Se le hizo tratamiento sintomático pero no mejoró. En algunas oportunidades tuvo vómitos. Desde Enero de 1951 sus molestias se hacen más intensas y aparecen regurgitaciones ácidas e intensa pirosis post-prandial. En otras ocasiones, dificultad a la deglución, que cedía fácilmente con la ingestión de líquidos.

El examen clínico del enfermo no muestra ningún signo patológico.

Estudio radiológico: abril 1951 (fig. 1).

Esófago con trastornos discinéticos en su sector bajo.

Hernia de ascenso de la gran tuberosidad gástrica, a través del hiato frénico, alojándose en la base mediastínica. Al nivel del anillo herniario, la mucosa del estómago presenta abundantes fenómenos inflamatorios de tipo edematoso.

Se le indica régimen dietético para disminuir de peso y tratamiento sintomático antiácido.

Sus sufrimientos no mejoran, exacerbándose sus síntomas de reflujo y esofagitis. Regurgitaciones ácidas y pirosis intensa.

Un nuevo estudio radiológico, (junio de 1951), muestra exactamente las mismas alteraciones que el anterior.

Los estudios complementarios de Laboratorio no muestran ninguna modificación a consignar.

En vista de la exacerbación de los síntomas se decide intervenir con el diagnóstico de hernia hiatal por deslizamiento.

Intervención. Toracotomía. Reducción de la hernia. Cierre del anillo esofágico. Cirujanos: Dres. Suiffet, Musso y Peyrallo.

Resección de la 8ª costilla izquierda. Abierta la cavidad pleural y colap-

sado el pulmón, se comprueba una tumefacción del tamaño de un puño colocado en el mediastino posterior, entre el pericardio y la columna vertebral. Se secciona el ligamento triangular y se abre la pleura mediastínica. Se contornea la hernia y se libera el esófago inmediatamente por encima de ella, cargándolo con una cinta. Se abre el diafragma en el domo, por medio de una incisión de 6 centímetros. Se comprueba que el saco peritoneal de la hernia es muy pequeño y sólo cubre parte de la cara anterior de la gruesa tuberosidad gástrica siendo casi toda la hernia extraperitoneal.



Fig. 1 (Abril 1951).
— Esófago con trastornos discinéticos en su sector bajo. Hernia de ascenso de la gran tuberosidad gástrica, a través del hiato frénico, alojada en la base mediastínica.

Se introducen a través de la brecha frénica los dedos índice y medio de la mano izquierda, levantando con ellos el pequeño saco herniario. Se incinde y se pasa a través de la abertura del saco y de la incisión frénica, el lazo de cinta que rodea al esófago por encima de la hernia. Al traccionar de éste la hernia se reduce totalmente y el esófago se pone tenso pero sin mayor tracción. No hay brevedad esofágica congénita. Con la hernia reducida se puede disecar el anillo frénico, pudiéndose comprobar que el hiatus esofágico del diafragma tiene 7 a 8 centímetros de diámetro. Se disecan cuidadosamente los pilares del diafragma, descubriendo todo el contorno muscular del anillo frénico. Se desplaza el esófago hacia adelante y se suturan atrás las fibras del anillo frénico uniendo los dos pilares, entre el esófago y la

aorta, en una longitud de cinco centímetros. Se retira la cinta de Tracción y se comprueba que la reducción es perfecta, la sutura es continente aunque no comprime excesivamente el pasaje frenoesofágico. Se cierra el diafragma. Se cierra el tórax, con drenaje pleural cerrado.

Evolución postoperatoria inmediata excelente.

La técnica que Allison preconiza y que seguimos en este caso, permite restablecer la anatomía y fisiología normal, perdida cuando hay una hernia por deslizamiento.



FIG. 2. — Cardias y gruesa tuberosidad gástrica en posición normal. Esófago sin particularidades.

Este procedimiento permite:

- colocar el esófago en la parte anterior del anillo herniario junto a las fibras circulares en donde la presión abdominal se ejerce en dirección opuesta a la de estas fibras;
- conserva íntegramente el anillo herniario del esófago
- restablecer la porción vertical del diafragma entre el esófago y la aorta, realizando la sutura en ese punto;
- reconstruir la disposición anatómica de los pilares frén-

cos, permitiendo así su acción esfinteriana sobre la continencia gástrica, verdadera protección contra reflujo y la esofagitis.

Los resultados obtenidos en este caso son excelentes. El enfermo lleva seis meses de operado y han desaparecido totalmente sus molestias.

El estudio radiológico realizado en fecha agosto de 1951, a los cinco meses de operado, muestra el esófago, el cardias y el estómago en su posición normal (fig. 2) habiendo desaparecido las manifestaciones edematosas fundus gástrico.

El interés de los conceptos en que se basa esta técnica y los resultados obtenidos con ella, nos han llevado a comunicar esta observación.

BIBLIOGRAFIA

- ALLISON P. R. — Reflux Esophagitis Slipping Hiatal Hernial, and the Anatomy of Repair. *Surgery - Gynecology and Obstetrics*, 92, p. 418, 1951.
-