

La funduplicatura de Nissen en la hernia hiatal por deslizamiento * **

Indicaciones, técnica y resultados

Dr. LUIS ALBERTO PRADERI

La hernia diafragmática por deslizamiento, constituye evidentemente un problema en lo referente a sus indicaciones quirúrgicas y procedimientos de reparación. Diversas vías de acceso abdominal o torácico, diferentes métodos de reparación del hiato, con la perspectiva de una recidiva o una estenosis disfágica postoperatoria, crearon un ambiente poco quirúrgico para esta afección.

La hernia diafragmática se busca poco como etiología de dispepsias; cuando se descubre se elude su tratamiento quirúrgico, aun en casos de repetidos episodios de hematemesis y melenas, como ocurrió en algunos de los casos que citaré luego.

Hace nueve o diez años, Nissen comenzó a usar su procedimiento de funduplicatura, recurso que nos parece efectivo, concreto y de indicaciones precisas.

En la Clínica del Prof. Chifflet comencé a usar este procedimiento hace dos años, obteniendo excelentes resultados; esto nos alentó a realizarlo con mayor frecuencia. La pequeña estadística de 18 casos que analizaré, corresponde a enfermos intervenidos por varios cirujanos de la Clínica; mi participación en la mayoría de ellos, me permite afirmar que es un método relativamente sencillo, y más aun aplicable como tiempo complementario de la intervención sobre vías biliares, dada la gran frecuencia de asociación lesional.

Presentaré esta serie poniendo énfasis en algunos aspectos de sus indicaciones, técnica y resultados, que de nuestra breve experiencia creemos pueden tener interés.

INDICACIONES OPERATORIAS

Empleamos el procedimiento de Nissen en dos circunstancias: 1) hernia hiatal por deslizamiento; y 2) esofagitis de reflujo por malformación cardiofúndica.

No está indicado en: 1) hernia parahiatal por rotación; y 2) esofagitis estenosantes fibrosas.

No toda hernia hiatal debe ser intervenida, sino aquellas que están comprendidas en las situaciones siguientes:

a) Presencia de síntomas de esofagitis de reflujo, de variada intensidad, desde la sensación de pirosis de decúbito (esporádica o permanente) hasta la disfagia y odinofagia, que no responden al tratamiento médico dietético.

El tratamiento quirúrgico se constituye en profiláctico de la estenosis irreversible.

b) Trastornos dispépticos no imputables a otras afecciones digestivas, como ulcus gastroduodenal, pancreatitis, litiasis biliar, etc., generalmente caracterizados por dolor epigástrico con irradiación retrosternal y plenitud.

c) Hernias hiatales coexistiendo con hemorragias digestivas evidentes o síndromes anémicos.

d) Cuando la hernia determina trastornos cardiovasculares o torácicos por ocupación y distensión supradiafragmática (extrasistolia, palpitaciones, trastornos del ritmo, etc.).

e) En hernias asintomáticas, pero que coexisten con otras afecciones que obligan a actuar quirúrgicamente, como litiasis biliar, ulcus gastroduodenal, hemorragias digestivas, etc.

* Trabajo de la Clínica Quirúrgica "A" del Profesor A. Chifflet.

** Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 27 de julio de 1966.

*Indicaciones del procedimiento
según sintomatología*

1) Esofagitis por reflujo (rebelde al tratamiento médico)	15 casos
2) Esofagitis hemorrágica (hematemesis, melenas, síndrome anémico ..)	3 casos
3) Dispepsia imputable a la H.H. ..	8 casos
4) Hernias asintomáticas coexistiendo con afecciones quirúrgicas abdominales	1 caso
5) Trastornos cardiovasculares (palpitaciones, extrasistolia)	6 casos

Damos por sentado que el tratamiento médico debe ser siempre el inicial; la cirugía surge de los casos que no mejoran o que recidivan luego del tratamiento.

No damos valor al tamaño de la hernia; estamos convencidos de que no es proporcional ni a los sufrimientos ni a las lesiones esofagogástricas.

El elemento clínico que centra el enfoque terapéutico es la esofagitis por reflujo, su duración, su intensidad, su rebeldía y su asociación con disfagia.

Junto a los casos de hernia presentamos aquí una esofagitis sin hernia radiológica, que tampoco se comprobó operativamente, y que mejoró en forma notable e inmediata con la funduplicatura. Esa situación debe incluirse en el grupo de malposiciones cardiotuberositarias descritas por Lortat-Jacob y Montezuma de Carvalho: síndromes de reflujo originados por incompetencia de la fijación freno-esofágica, bridas peritoneales y defectos de fijación frenogástrica en la tuberosidad, etc. A estas anomalías y alteraciones anatómicas, debo agregar otra que no hemos encontrado descrita y que estuvo presente en dos de nuestros casos. Se trata de un lipoma subperitoneal emplazado exactamente en el ángulo de His: formación bien encapsulada sobre la cual no puede establecerse si es causa o consecuencia de un ángulo anormalmente abierto. La exéresis de ese lipoma permitió reconstruir el ángulo normal.

En suma, la funduplicatura es un método de fácil realización, bien tolerado, sin el peligro de estenosis por cierre exagerado del hiato como ocurría con el Allison y que permite asegurar que la recidiva es rara o muy poco frecuente.

TECNICA OPERATORIA

La forma de realizar la plicatura gastroesofágica se encuentra muy bien descrita por su autor en sus últimas publicaciones; de allí que sólo haré algunas consideraciones sobre abordaje y la etapa previa de liberación visceral.

Vía abdominal.

Debe ser la estándar; no sólo Nissen la indica como la más cómoda y adecuada, sino también Lortat-Jacob en reciente publicación de febrero 1966 sobre reintervenciones en recidivas de los procedimientos de Sweet y Allison.

Incisión mediana xifumbilical con resección del xifoides o paramediana transrectal o pararectal cuando se actúa sobre vías biliares.

Exposición: Es primordial lograr una buena exposición de la región esofagocardial, pues se trabaja sobre una zona muy vascularizada, con gruesas venas, donde es preciso una liberación y hemostasis correcta. Es común tener que intervenir enfermos obesos, pícnicos, en que el esófago abdominal es profundo y los mesos gruesos y adiposos; por eso recurrimos generalmente a valvas de reborde costal y dos ayudantes. El lóbulo izquierdo del hígado, cuando es voluminoso, constituye un obstáculo; preferimos separarlo con una valva a desprenderlo del ligamento triangular y rotarlo.

Exploración: Dada la frecuencia de asociación lesional de la hernia hiatal se debe explorar: 1) vía biliar principal y accesoria; 2) estómago y duodeno para pesquisar úlcus, gastroduodenitis, causas de sangrado; 3) colon, sobre todo sigmoideo en busca de diverticulitis (tríada de Saint); 4) esófago abdominal y cardias: para ello es preciso reducir la hernia traccionando del estómago (por vía abdominal se pueden seccionar las adherencias al saco cuando existen), palpar y topografiar el cardias para comprobar si hay esofagitis fibrosa u otra lesión tipo neoplasma o úlcera esofágica. Esta exploración se completará una vez que se libere y contornee el esófago, y por último el diafragma; dimensiones del hiato, existencia de saco herniario, aspecto y tono de los pilares.

Liberación esofágica: Para contornear el esófago procedemos a seccionar el peritoneo sobre el diafragma, inmediatamente por delante del borde anterior del hiato. Luego se prolonga hacia ambos lados del esófago, y con el índice se busca contornearlo. Hay que cuidar entrar en el espacio laxo periesofágico y no perforar el esófago en estas maniobras; aun con la referencia de la sonda se pueden seccionar o dilacerar las fibras longitudinales del esófago. Se pasa luego un tubo de goma abrazando el esófago, lo que nos servirá de referencia cardial y de tractor. Cuidar los vasos diafragmáticos inferiores que suelen formar un anillo a este nivel (fig. 1). Creemos que este tiempo debe ser siempre el inicial.

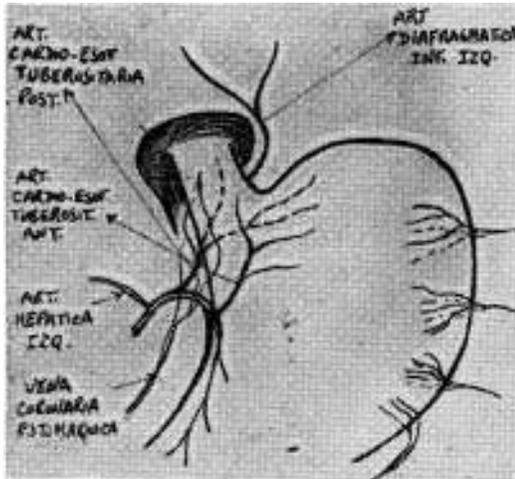


FIG. 1.—Vasos arteriales y venosos que deben tenerse en cuenta en la liberación.

La liberación se proseguirá en dos sentidos: sobre el esófago abdominal y torácico y sobre la tuberosidad gástrica.

Nissen aconseja liberar y descender el esófago torácico en una extensión de 6 a 8 cm., lo que obliga a veces a ligar algunos pedículos laterales de escasa entidad.

Para esqueletizar la tuberosidad gástrica, que será pasada hacia la derecha por detrás del esófago, se requiere seguir cierto orden. El riesgo es la herida del bazo que obliga a la esplenectomía, como nos sucedió en 2 de nuestros casos. Nos parece conveniente comenzar por entrar en la transcavidad por ligadura y sección del epiplón gástrico (fig. 2).



FIG. 2.—Se observa liberado el cardias traccionado y parte del esófago torácico descendido al abdomen. También ya se ha liberado el epiplón gástrico, parcialmente.

De esta manera se separa el estómago a derecha y no se desplaza de su posición el bazo. Ligado el epiplón gástrico, se prosigue con la liberación de la cara posterior del estómago a expensas del ligamento coronario y en la parte más alta el ligamento frenosplénico. En este momento puede ocurrir que sea preciso ligar ramas de las diafragmáticas inferiores al estómago, evitando un sangrado engorroso.

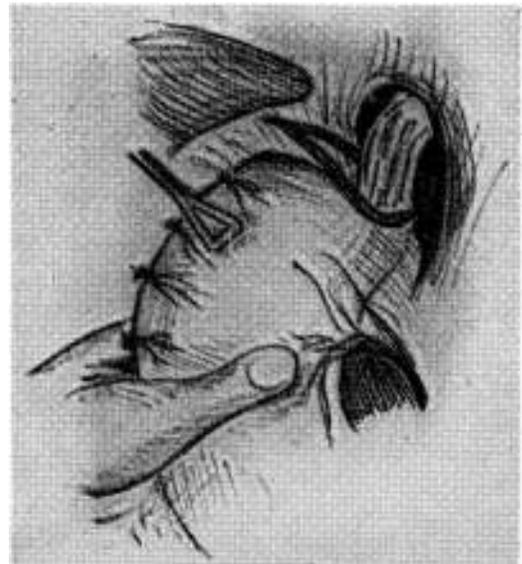


FIG. 3.—Estómago liberado de la gran curva, se rota a derecha para completar la liberación de la pequeña curva por encima y respetando la arteria coronaria estomáquica.

Se unen así el espacio decolado peri-esofágico con la liberación gástrica, permitiendo girar el estómago y descubrir toda su cara posterior (fig. 3).

Creemos muy importante liberar ampliamente el estómago para poder trasladarlo a derecha y suturarlo sin tensión. Como operación plástica que trabaja con vísceras huecas es imprescindible que ningún sector visceral quede tenso, pues se corre el riesgo de necrosis y perforación.

La liberación se completa sobre la hoz de la coronaria estomáquica, respetando el cayado arterial, pero ligando las ramas que despende hacia arriba (cardiotuberositarias) y venas tributarias (fig. 3).

Tener presente la posible existencia de la arteria hepática izquierda, rama de la coronaria estomáquica (fig. 1).

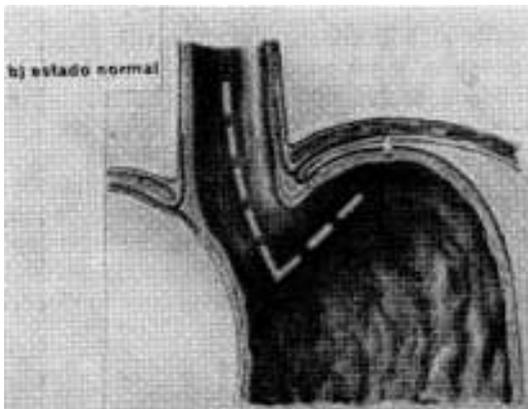


FIG. 4 (de Nissen).—Angulo cardioesofágico normal.

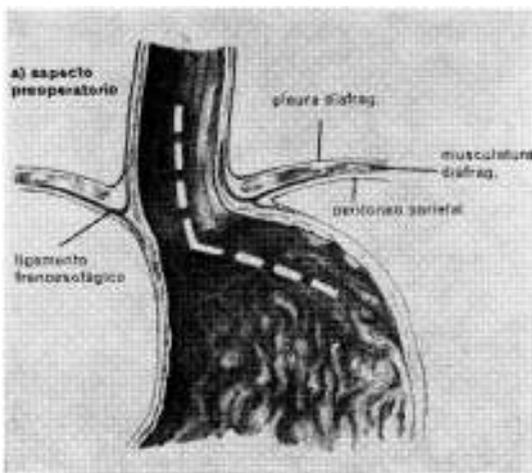


FIG. 5.—Angulo cardioesofágico abierto. Posibilidad de reflujo esofágico (Nissen).



FIG. 6 (de Nissen).—Maniobra fundamental de pasaje de la tuberosidad por detrás y a derecha del esófago.

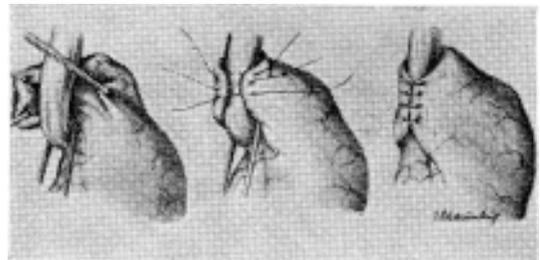


FIG. 7 (de Nissen).—Técnica de la funduplicatura.

Funduplicatura: No hemos de entrar en detalles sobre su realización; Nissen la describe magistralmente con sus dos variantes de sutura de estómago entre sí o de unión gastroesofágica. Sólo señalaré que el túnel gástrico debe ser amplio, sin que por ello reduzca la eficacia de la intervención (figs. 7 y 8). Con respecto al uso de la sonda gástrica que aconseja el autor, no la hemos empleado en los últimos casos y la plastia ha sido efectiva y sin complicaciones.

Creemos que no es preciso realizar gastropexia, pues el estómago plegado forma una bolsa que por su tamaño no puede pasar al tórax, quizás se requiera en las hernias con orificio diafragmático muy grande.

El hiato diafragmático puede suturarse o no, pues se constituye en un elemento secundario en la fisiopatología de esta afección; en ninguno de nuestros casos lo hemos realizado.

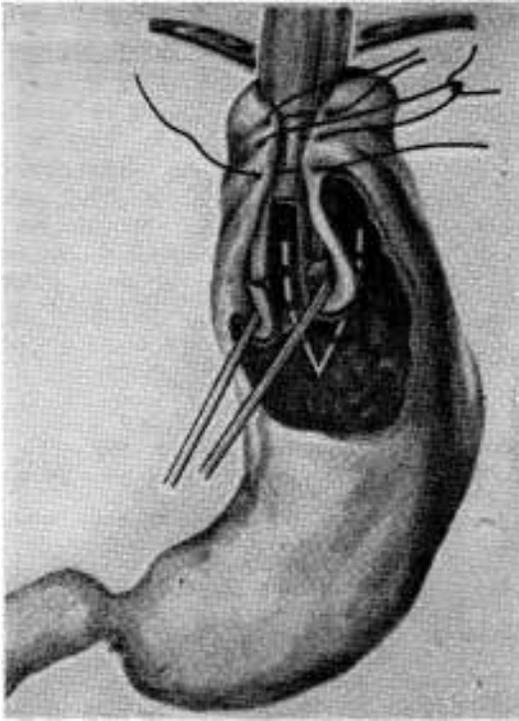


FIG. 8.—Esófago invaginado en la tuberosidad gástrica. Obsérvese que debe tomarse también en algún punto la pared esofágica.

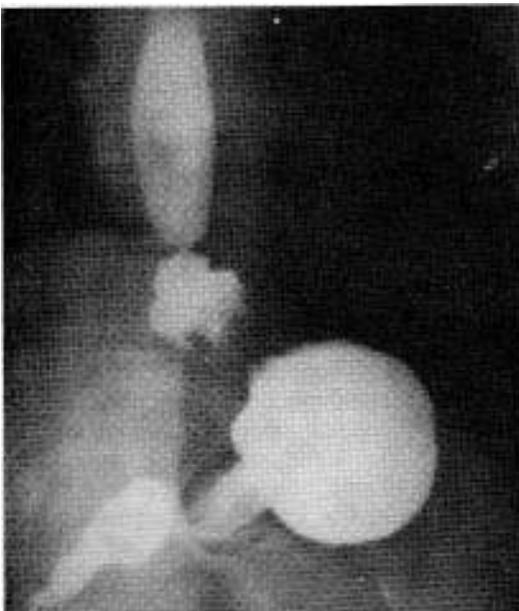


FIG. 9.—Hernia por desplizamiento. Preoperatorio.

Lortat-Jacob opina lo contrario, pero la situación es distinta, pues emplea el método no de funduplicatura en anillo como Nissen, sino la reconstrucción del ángulo



FIG. 10.—Postoperatorio.

de His mediante sutura de la tuberosidad al esófago. Es posible entonces el pasaje en bloc al mediastino con encarcelación visceral.

En casos de braquiesófago la funduplicatura quedará en el tórax no originando ningún trastorno, como lo hemos probado en uno de nuestros casos.

Cierre de laparotomía: Dado que es una mediana, enfermos adiposos y con posibilidad de íleo paralítico postoperatorio, realizar un cierre cuidadoso y con puntos totales.

Vía torácica.

Es evidente que para el cirujano familiarizado a la cirugía torácica, la exposición y exploración del esófago bajo y cardias que se obtiene por toracotomía y frenotomía es muy buena, pero la funduplicatura, la acomodación de la tuberosidad llevada con la mano derecha por detrás del esófago traccionado y la sutura, es más sencilla por vía abdominal (fig. 6).

Nissen especifica las indicaciones de esta vía en:

- 1) Hernias recidivantes después de plastia hiatal directa tipo Allison o Sweet.
- 2) Braquiesófago.
- 3) Sospecha de neoplasma.
- 4) Esofagitis retráctil o ulcerada.
- 5) Divertículo epifrénico.

Agregaríamos a estas indicaciones la del enfermo obeso o con tórax muy ancho y profundo o coexistiendo con eventración diafragmática. Se indicaba también en casos de periesofagitis, con adherencias al saco; sin embargo, actualmente, cirujanos de experiencia emplean también en estos casos la vía abdominal con éxito.

ANALISIS DE NUESTRA CASUISTICA

Comprende el estudio de 16 casos de hernia por deslizamiento y 1 esofagitis por reflujo sin hernia (cuadro I).

CUADRO I

Funduplicatura gastroesofágica de Nissen

Hernia hiatal por deslizamiento	16 casos
Malformación cardiofúndica	1 caso
(No se incluyen esofagitis estenosantes.)	

En el cuadro II se observa como la gran mayoría corresponde a mujeres, en edades promedio de 60 años.

En lo referente a asociación lesional se destaca la gran frecuencia de litiasis biliar, que asciende al 53% de los casos, mucho mayor que la señalada por Nissen, de 25%. La colopatía diverticular existía en 3 casos; en muchos no fue investigada (cuadro II).

CUADRO II

Edad: 36 a 73 años. Promedio: 60 años.

Sexo:

Mujeres	15
Hombres	2
<i>Afecciones asociadas:</i>	
Litiasis biliar (53%) (Nissen 25%)	9 casos
Colopatía diverticular	3 casos
Triada de Saint	3 casos
Úlcus duodenal	0 caso

No hemos tenido ninguna complicación grave: el desgarro esplénico con esplenectomía en 2 casos y el íleo paralítico precoz en 3 casos.

Tratamiento

<i>Vía de abordaje:</i>	
Abdominal	15 casos
Torácica	2 casos
Funduplicatura como procedimiento único ..	11 casos
Funduplicatura con colecistectomía	6 casos

Complicaciones

<i>Complicaciones operatorias:</i>	
Desgarro esplénico (esplenectomía)	2 casos
Ninguna muerte:	
Nissen señala 4 muertes en 300 casos:	
2 Hemorragias (anticoag.).	
1 Perforación cardial.	
1 Perforación úlcus gástrico ignorado.	
<i>Complicaciones postoperatorias (secuelas):</i>	
Ileo paralítico	3 casos
Eventración mediana	1 caso
Eventración diafragmática	1 caso
Extrasistolia	1 caso
Plenitud epigástrica	2 casos
Fistulas gástricas	0 caso
Estenosis, disfagia	0 caso

Nissen no hace ninguna referencia al neumogástrico; creemos que la liberación esofágica puede herirlos o elongarlos determinando el íleo paralítico, que se corrige con tratamiento habitual.

Tampoco tuvimos disfagia importante, sólo en 1 caso de aparición inmediata y que regresó espontáneamente a los cuatro o cinco días.

Cuidamos la dieta postoperatoria, procurando que sea blanda y fraccionada para evitar repleción gástrica.

El caso señalado como eventración diafragmática corresponde a uno de los tratados por vía torácica; este enfermo, que lleva dos años de operado, padece lo que Nissen denomina como "hiperfunción valvular", es decir, la imposibilidad de eructar y el síndrome de distensión crónica del estómago. Relata asimismo como sus extrasístoles que duran 1 ó 2 minutos, aparecen en el decúbito lateral derecho, pero desaparecen cuando se inclina a la izquierda, abriendo la válvula cardial; su ardor (que era el síntoma más importante) ha desaparecido totalmente.

Los resultados obtenidos pueden considerarse como buenos en 15 casos, es decir el 93%, cifra comparable a la de Nissen de 96%; regresión clínica total en 16 casos y radiológica en el 100% de los casos. Consideramos buenos resultados la desaparición del ardor y las regurgitaciones, que se produce de inmediato a la intervención, la ausencia de trastornos dispépticos, la no aparición de hemorragias y la evidente mejoría del síndrome anémico.

Resultados postoperatorio.

<i>Follow-up:</i>	
2 años	2 casos
1 año	3 casos
6 meses	8 casos
<i>Resultados:</i>	
Buenos	15 casos
<i>Regresión clínica total:</i> 16 casos, 94%; Nissen, 96%.	
<i>Corrección radiológica:</i> 17 casos, 100%.	
Regulares	2 casos
Pírosis decúbito	1 caso
Extrasístoles	1 caso
Malos	0 caso

Los síntomas torácicos (extrasístoles, opresión) también desaparecen. Los resultados fueron regulares en 2 casos, como se muestra en el cuadro adjunto. En un caso que coexistía con diverticulitis sigmoidea, se notó a los dos meses de la intervención la reaparición de síntomas colónicos, pero sin sufrimiento gastroesofágico.

Los resultados de este procedimiento en los trabajos publicados superan en mucho a las estadísticas de otros procedimientos, en que las recidivas oscilan del 15 al 50% (Lortat-Jacob, 1966).

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1) Se estudian las indicaciones, técnica y resultados de 16 casos de hernia hiatal por deslizamiento y 1 esofagitis por malformación cardiófúndica, tratados mediante el procedimiento de funduplicatura de Nissen.

2) Se insiste sobre las ventajas de un método relativamente sencillo, que da escasas complicaciones, de abordaje abdominal y que permite por lo tanto prodigar más la corrección quirúrgica de este proceso y realizarlo aun como tiempo complementario a otra intervención abdominal, por ejemplo vías biliares.

3) Enfatiza el valor clínico de la esofagitis por reflujo, pasando a segundo término la brecha diafragmática y su cierre.

4) Se cita como hallazgo operatorio la existencia de un lipoma en el ángulo de His, en 2 casos de nuestra serie. Hecho anatómico a agregar a las causales de las malposiciones cardiófúndicas enumeradas por Lortat-Jacob.

5) Se sistematiza la liberación esofagogastrica, tiempo previo y a veces laborioso, imprescindible para una plastia correcta.

6) Es la mejor profilaxis de la esofagitis estenosante, etapa angustiosa de esta afección y de solución muy discutida.

7) Los excelentes resultados obtenidos, en comparación con los otros procedimientos, aconsejan adoptarlo como forma estándar en el tratamiento de estas hernias.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

1) L'on étudie les indications et résultats de 16 cas d'hernie hiatal par glissement et l'oesophagitis par malformation cardiotuberositaire traités au moyen du procédé de funduplicature de Nissen.

2) L'on insiste sur les avantages d'une méthode relativement simple, qui donne de rares complications, d'abordage abdominal et qui permet pourtant prodiguer plus la correction chirurgicale de ce procédé-la et le réalise même comme temps complémentaire a une autre intervention abdominale, par exemple, voies biliaires.

3) On donne plus d'attention sur la valeur clinique de l'oesophagitis par reflux, en passant au second lieu la brèche diafragmatique et sa fermeture.

4) On mentionne comme découverte opératoire l'existence d'un lipome dans l'angle de His en deux cas de notre série. C'est un fait anatomique a ajouter aux causes des malpositions cardio-tuberositaires énumérées par Lortat-Jacob.

5) On systématise la libération oesophagogastrique temps préalable et parfois laborieux nécessaire pour une plastie correcte.

6) C'est la meilleure prophylaxie de l'oesophagites stenosante étape angoissante de cet affection et de solution très debatue.

7) Les excellents résultats obtenus, en comparaison avec les autres procédés nous portent a le conseiller comme forme standard du traitement de cettes hernies.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

1) A study is carried out of the indications, technique and results in 16 cases of hiatus hernia due to sliding and 1 esophagitis from cardiac fundus malformation, treated with Nissen's funduplicature.

2) Stress is laid on the advantages of a relatively simple method, with scanty complications, of an abdominal approach, consequently allowing for an improved surgical correction of this condition and its performance following some other abdominal intervention, for instance, on the bile duct.

3) Attention is drawn to the clinical value of reflux esophagitis, the diaphragmatic breach and its closure being relegated to a second place.

4) In two cases of our series a lipoma was found at operation in the commissure of His. This is an anatomical finding to be added to the causative factors of cardiac fundus malpositions listed by Lortat-Jacob.

5) Esophago-gastric release, a preliminary and at times painstaking stage, essential for a correct plastic operation, becomes a systematic procedure.

6) The operation is the most effective manner of preventing stenosing esophagitis, a most excruciating stage of this condition, and of a doubtful outcome.

7) The excellent results achieved, as compared with other procedures, indicate its advisability as a standard recourse in the treatment of these herniations.

BIBLIOGRAFIA

1. BENEDICT, E. Esophageal stenosis caused by peptic esophagitis or ulceration. *S. G. O.*, 122, 3: 613, March 1966.
2. CHRISTEANSEN, J. and OSTBERG, J. Hiatus hernia. *Acta Chir. Scand.*, 344: 73, 1965.
3. HARKINS and NYHUS. *Surgery of the Stomach and Duodenum*. Little, Brown and Company, 1962.
4. IRMER, W. and HOHMAN, H. Complications Mortality and Recurrence after 240 Hiatus Hernia Operations. *Langenbecks Arc. Klin. Chir.*, 308: 123, 1964.
5. LAURENT, D. et VAYRE, P. Reflexions a propos de 110 hernies hiatales de l'adulte traitée chirurgicalement. *J. Chirurg.*, 89: 451, 1965.
6. LORTAT-JACOB, J. L. et ROBERT, F. Les malpositions cardiotuberositaires. *Arch. Mal. App. Dig.*, 42: 750, 1953.
7. , MAILLARD, J. N. et FEKETE, F. A procedure to prevent reflux after esophago-gastric resection. Experience with 17 patients. *Surgery*, 50: 600, 1961.
8. , FEKETE, F., MAILLARD, J. N., BLANC, L. et RICHARD, C. A. Recidives et pretendues recidives des hernies hiatales (a propos de 38 reinterventions). *Arch. Franc. des Mal. de l'app. Digest.*, 55: 1-2-7-20, 1966.
9. MC CANN, W. J. The hiatus hernia; its management and the management of upper abdominal syndromes. *Med. J. Australia*, 2: 228, 1965.
10. MONTEZUMA DE CARVALHO. Chirurgie du syndrome hiato-esophagien. *Arch. Mal. A. Digest.*, 40, 3: 280, Mars 1951.
11. NISSEN, R. Cirugía del cardias. *Symposium Ciba, II*, 5-6: 195, 1963.
12. - - - - et ROSSETTI, M. Chirurgie de la hernie hiatale et du syndrome de reflux. La funduplicature et la gastropexie. *J. Chirurg.*, 83: 659, 1962.
13. VANDERTOLL, D. J., ELLIS, F. H., SCHLEGEL, J. F. and CODE, CH. F. An experimental Study of the role of gastric and esophageal muscle in gastroesophageal competence. *S. G. O.*, 122, 3: 579, March 1966.
14. WATKINS, D., RUNDLESS, W. and TATON, L. Utility of a new procedure of valvular esophagogastrostomy in cases of brachy-esophagus and stricture. *J. Thoracic. Surg.*, 38: 814, 1959.

DISCUSION

Dr. Rubio: En el año 1961, siendo Asistente en el Servicio del Prof. Del Campo, éste nos prestó los trabajos de Nissen y a su pedido operamos 3 pacientes con hernias del hiatus, efectuándoles el procedimiento de este autor. Posteriormente en el C.A.S.M.U. Nº 1, operamos un paciente del Dr. Carreras, realizando el mismo procedimiento de tratamiento de la hernia del hiatus. Tres de estos pacientes presentaron lesiones asociadas con litiasis, que fueron confirmadas o no por la intervención quirúrgica. El cuarto paciente se trató de una señora de edad avanzada, que tenía además una úlcera de duodeno. La impresión que tuvimos en los cuatro casos en que realizamos gastropexia y funduplicatura, fue que la técnica era sencilla de realizar y que los resultados, al menos inmediatos, eran buenos. Lamentablemente desconocemos el resultado alejado obtenido en estos enfermos.

Sin embargo, cuando por la clínica y la radiología es posible excluir la existencia de una enfermedad asociada, ya sea litiasis vesicular, o con menos frecuencia afección gastroduodenal, me mantengo firme a la técnica de Allisson para el tratamiento de la hernia del hiatus. Esta técnica, con el consiguiente abordaje por toracotomía, es sumamente fácil, prácticamente sin mortalidad operatoria, no teniendo complicaciones si se hace correcta-

mente. El estrechar demasiado el hiatus al realizar esta técnica, es una complicación que no puede pasar si se tiene la precaución de dejar espacio que permite introducir con facilidad dos dedos a través del hiatus. Se debe tener en cuenta que el paciente está anestesiado y curarizado al realizar la intervención, circunstancia diferente a cuanto el paciente se recupera de la anestesia y readquiere la motilidad y tono del diafragma funcionante.

Para terminar, el trabajo que nos ha presentado el Dr. Praderi tiene mucho valor, puesto que nos presenta una casuística importante, así como los resultados obtenidos con una técnica que es necesario conocer por la frecuencia en que pueda ser necesario recurrir a ella.

Dr. Suiffet: La comunicación del Dr. Praderi es muy interesante. Trae a consideración a nuestra Sociedad, un tema que siempre ha sido de actualidad y que es muy difícil encontrar una solución integral. La evolución de la conducta quirúrgica frente a estos casos, parece en el momento actual realizar la técnica de funduplicatura descrita por Nissen. Con ello se evitará la consecuencia fisiopatológica más grave de esta situación, que es el reflujo y por ende la esofagitis. En la evolución del tratamiento de las hernias por deslizamiento, la propia experiencia de Nissen va de una primera etapa que es la ventro fijación parietal anterior, a una segunda etapa que es la funduplicatura asociada a la ventro fijación anterior, y luego al estado actual, que es el que nos ha mostrado el Dr. Praderi, o sea, la realización pura y exclusiva de la funduplicatura. Es interesante demostrar por medio de esta técnica, que el reflujo desaparece; se establece un verdadero mecanismo valvular exagerando el que normalmente existe. Es indiscutible que lo que produce la mejoría fundamental, no es el tratamiento de la hernia, sino el tratamiento del desarreglo de los mecanismos de continencia esófago cardiogástrica, creando un nuevo elemento que no se puede decir que es un esfínter ni un mecanismo valvular, pero sí se puede decir que es un conjunto de hechos que impide fundamentalmente el reflujo.

En la Clínica a nuestro cargo se ha realizado la vagotomía y piloroplastia asociada a la funduplicatura. Desde luego que la vagotomía tiene un beneficio técnico porque permite un mejor descenso del esófago, eso es indiscutible, porque los vagos son una rienda que dificultan la movilización del esófago. Pero además no es sólo un elemento anatómico el que guía al realizar esta intervención, sino que se pretende disminuir la actividad acidopéptica de tal manera que aun cuando existiera reflujo, ese reflujo no sea tan nocivo como lo puede ser si mantiene el estómago su actividad secretante normal. Muy frecuentemente en las hernias hiatales, la actividad acidopéptica está exagerada, fundamentalmente por los fenómenos irritativos a nivel del fundus, los cuales activan su secreción. Otros de los elementos importantes a tener en cuenta como indicación operatoria, son las

hemorragias. Nosotros hemos practicado exclusivamente la ventro fijación en pacientes con anemia hipocrómica severa y sólo el hecho de fijar la pequeña curva a la pared anterior gástrica ha sido motivo suficiente porque esa situación desapareciera completamente. Indiscutiblemente las publicaciones que aparecen en la literatura demuestran que éste es un procedimiento muy útil.

Podríamos agregar algo más, pero sólo deseamos expresar el interés de esta comunicación.

Dr. Chiara: En el año 1963 trajimos con el Dr. Esperón, dos casos de hernia hiatales por deslizamiento, tratadas con la técnica de Nissen, una de las cuales tenía asociada una litiasis vesicular y coledociana. Nos sorprendió el éxito en cuanto a los síntomas de esofagitis y el postoperatorio satisfactorio hecho con esa técnica. El año pasado trajimos tres casos más a la media hora previa, con la misma satisfacción, con el mismo entusiasmo que tiene el Dr. Praderi por esta técnica. Las indicaciones de los casos que operamos nosotros, surgieron siempre de la existencia de la esofagitis por reflujo y de la hernia comprobada radiológicamente y estudiada esofagoscópicamente. En esos cinco primeros casos estamos de acuerdo con el Dr. Praderi que se puede perfeccionar la técnica y el bazo puede significar un obstáculo, pero nunca lo significó para nosotros hacer la funduplicatura sabiendo que estaba el bazo y teniendo cuidado en el tratamiento del bazo. Si bien creemos que en alguna oportunidad puede ser necesario liberarlo para evitar su lesión, en nuestros casos no lo fue. Ultimamente tenemos tres casos más operados, tres señoras obesas, los que suman siete casos personales, y cambiamos la vía de abordaje en estos tres casos. Usamos en los casos primeros la vía mediana, siguiendo las indicaciones y la técnica del Prof. Palma. En estos tres últimos casos, viendo que luchábamos con algunas dificultades con la mediana, optamos por la subcostal, la subcostal prolongada hacia el xifoides, lo cual aplicándole la valva de borde del Dr. García Capurro nos facilitó enormemente el abordaje y la realización de la técnica que se ha convertido en una operación casi, diríamos, simple. Nosotros en ninguno de los casos cerramos el orificio; incluso en uno que tenía, posiblemente, 8 cm. de diámetro. En todos los casos desapareció inmediatamente la esofagitis de reflujo y un síntoma que encontramos en dos de ellos, que es un dolor muy intenso en la fosa lumbar izquierda, que todavía no tenemos una interpretación clara. En todos desapareció la esofagitis de reflujo y todos mejoraron de una manera espectacular. En dos casos tuvimos una discreta disfagia y nunca tuvimos ningún accidente operatorio o postoperatorio, salvo una eventración de mediana. Es decir, que nosotros nos adherimos a la exposición del Dr. Praderi de usar este procedimiento y discrepamos únicamente en una cosa: primero, que no creemos

que deba hacerse con indicación profiláctica, es decir, hay que operar cuando el enfermo sufre. Y segundo, creemos que la vía torácica no está indicada. Precisamente la virtud de la técnica de Nissen es la simplicidad y la facilidad para hacer la operación.

Dr. García Capurro: Estoy muy de acuerdo con todo lo que ha dicho el comunicante. Yo empecé por operar las hernias diafragmáticas por vía torácica, pero luego me convencí de que lo podía hacer mejor por vía abdominal. Creo que el Dr. Palma ya en 1954 aconsejó esta vía. Lo importante es hacer una buena exposición; con una exposición bien cumplida, se puede operar perfectamente por vía abdominal. Yo pongo las valvas fijas que acostumbramos usar, que no solamente separan, sino que al mismo tiempo levantan y tienden el diafragma haciéndolo más plano. Pongo un rollo cruzado abajo. No toco el bazo. Paso una cinta por el ligamento triangular detrás del lóbulo izquierdo del hígado, antes de cortarlo, para que quede sujeta la cinta, de manera que luego al levantar el lóbulo izquierdo, otra vez vuelvo a traccionar sobre el diafragma. Luego pongo una valva que le llamamos la chueca. Esta valva toma el estómago, al través del pequeño epiplón que ha sido abierto y lo levanta. De esta manera, por los pilares del diafragma se ven con claridad, tan claros como los pilares en una hernia inguinal. Se puede suturar perfectamente el hiato diafragmático, dándole el tamaño preciso. Además de eso, la técnica de Nissen me parece un recurso muy importante, dado que forma una especie de tapón que se fija sobre el diafragma y que evita toda posibilidad de que pudiera volver a remontarse. Parece muy difícil que la hernia vuelva a recidivar si se realiza esta técnica.

Dr. Luis A. Praderi: Yo agradezco los comentarios y, al Dr. García Capurro, estoy muy de acuerdo con él en que la exposición es primordial. Yo uso las valvas de reborde justamente, porque creo que son de indicación extraordinaria; sin una buena exposición esta operación no se puede realizar; con buena exposición es una operación que lleva quince a veinte minutos.

Con respecto a lo que señalaba el Dr. Suiffet, creemos que los vagos hay que tenerlos muy en cuenta, y ya hemos pensado la posibilidad de realizar piloroplastia en algunos casos, previo estudio. En muchos de estos casos no habíamos hecho estudio de quimismo gástrico, por eso no la realizamos.

Con respecto al comentario del Dr. Chiara, el bazo lo rompe el ayudante con la valva, en general, o el cirujano si tracciona demasiado la curvatura mayor. No hemos cerrado en ningún caso la brecha diafragmática.

Con respecto al comentario del Dr. Rubio, creemos que el Allison, ya en los trabajos que he podido leer, estadísticas importantes en todo el mundo, en el cierre del hiato no puede quedar librado a una medida de los dos dedos. De allí que no creo que sea lo fundamental en la corrección de la hernia diafragmática, cerrar el hiato diafragmático. Tal es así, que en uno de nuestros casos ha quedado la funduplicatura dentro del tórax y el enfermo no sufre. Lo fundamental de la técnica es haber demostrado, como decía el Dr. Suiffet, que lo primordial es corregir la esofagitis por reflujo, no el cierre de la brecha diafragmática. La afección se llama hernia diafragmática, pero lo principal no es la hernia diafragmática sino las consecuencias y, sobre todo, la pérdida del sistema valvular. Nada más, muchas gracias.