

Hernias del hiato esofágico del diafragma. Análisis de las indicaciones terapéuticas

(64 Observaciones)

Dres. WALTER SUIFFET, CARLOS ITUÑO
y GONZALO ESTAPE *

Las hernias del hiato esofágico del diafragma (H.H.E.) constituyen una entidad nosológica que no debe asimilarse a las demás hernias abdominales, pues hay numerosos aspectos que le son particulares. Del punto de vista de la indicación de la terapéutica quirúrgica, no existe duda ninguna que la presencia de una hernia de la pared abdominal exige la cirugía. En cambio, en las H.H.E. y en particular en la variedad de ascenso o deslizamiento, el problema se plantea en otros términos. Es nece-

sario analizar diversos aspectos, a los efectos de dictaminar si existe una indicación formal de tratamiento quirúrgico.

La particularidad fundamental de este tipo de hernia, la constituye la alteración de los mecanismos de continencia gastroesofágico, lo cual conduce al reflujo del jugo gástrico. Secretado en el estómago, es nocivo para los sectores digestivos próximos, especialmente en el esófago. Su acción ácido-péptica, crea la esofagitis con distintas modalidades evolutivas: congestión; ulceración; fibrosis; retracción; acortamiento; estenosis y periesofagitis mediastinal.

A pesar de estas posibilidades evolutivas, debe expresarse sin reparos que la presencia de una H.H.E., no hace la indicación de un

Presentado a la Sociedad de Cirugía el 14/7/971.

Prof. Director de Clínica Quirúrgica, Asistente de Clínica Quirúrgica y Adjunto de Clínica Quirúrgica (Fac. Med. Montevideo).

tratamiento quirúrgico. Debe realizarse un cuidadoso estudio orientado a determinar la necesidad operatoria. La pesquisa se basa en una serie de aspectos: edad; biotipo; tiempo de evolución; sintomatología; estudio radiológico del esófago; estómago, colon, vías biliares, tórax y columna vertebral; endoscopia peroral; estudio de la acidez gástrica y estado cardiovascular. No hemos realizado manometría y estudio del p.H esofágico.

Esta investigación nos proporcionará los elementos de juicio para las siguientes apreciaciones: tipo de hernia (ascenso, rotación, mixta); caracteres (contenido, tamaño, reductibilidad; análisis del reflujo y estado del esófago; presencia de complicaciones; (hemorragia, atascamiento, neumonitis, neoplasia); lesiones asociadas (abdominales, torácicas, columna) y riesgo quirúrgico.

Tres elementos básicos surgirán de este análisis a los efectos de la selección de los casos quirúrgicos: intensidad de los síntomas; esofagitis; complicaciones.

Nuestras conclusiones se basan en el estudio de 64 observaciones de H.H.E. clasificadas en dos series. La primera corresponde a los casos estudiados por uno de los autores (C.I.) hasta el año 1964 en la clínica quirúrgica que dirigiera el Prof. P. Larghero y pertenecen al archivo de la Clínica Quirúrgica 1 (19 casos). La segunda serie comprende las observaciones recogidas en la Clínica Quirúrgica 1, bajo la dirección de uno de los autores (W.S.) desde 1964 a la fecha (21 casos) y a su actividad extrahospitalaria (24 casos). En total de esta segunda serie: 45 casos.

De los 64 casos, 61 son hernias de ascenso, 1 paraesofágica y 2 mixtas. 45 corresponden al sexo femenino (70 %) y 19 al masculino (30 %).

En lo que respecta a la edad, hacemos notar que del total de 64 casos, 46 (70 %) se agrupan en las décadas de 50 a 70 años. lo que demuestra la importancia de este periodo en la producción de esta patología.

Hemos considerado como indicación operatoria formal en nuestra experiencia, la siguiente situación:

- Hernias sintomáticas, con trastornos de su contenido o de órganos de vecindad (59 casos 92 %);
- Hernias voluminosas o de crecimiento rápido, con un potencial de complicaciones importantes;
- Hernias con anemia crónica, que traduce el sangrado permanente y oculto al nivel de la mucosa de la zona herniada (18 casos 28 %) y que en algunas ocasiones fue la única manifestación patológica que presentaron los pacientes (4 casos 6,3 %);
- Hernias con reflujo y esofagitis. La presencia del reflujo es un elemento fundamental a considerar. Sus consecuencias serán tanto mayores cuanto más intenso sea, más tiempo transcurra actuando y más elevada sea la tasa de acidez. El reflujo conduce a la esofagitis, con los riesgos patológicos examinados. Consideramos que cualquiera sean las demás circunstancias

de la hernia y de su portador, el reflujo marca una conducta que en la gran mayoría de los casos será quirúrgica, salvo una excepcional mejoría total y sostenida, lograda con el tratamiento médico.

El reflujo es tan importante, que hará la indicación operatoria aún cuando la hernia sea pequeña o dudosa su existencia, pues es perfectamente conocido que puede producirse en estas circunstancias. Ello le confiere una gran jerarquía como elemento de indicación operatoria. En nuestra serie el reflujo se pesquisó por la clínica, la radiología y la endoscopia. Esta última se realizó en 40 casos, pero es de hacer notar que las últimas 30 observaciones de H.H.E. fueron todas estudiadas con la endoscopia peroral. El reflujo se reconoció en 47 casos (73,2 %), estando presente la esofagitis en 26 (40 % de las H.H.E. 65 % de las endoscopias; 55 % de los casos con reflujo). Las lesiones encontradas fueron: congestión 24 casos; úlcera 1 caso; estenosis 1 caso.

El estudio radiológico esófago-gastro-duodenal fue realizado en 62 pacientes (97 % de las H.H.E.). No se realizó en 1 caso de hemorragia digestiva masiva y en 1 caso de atascamiento y perforación. En los 62 pacientes estudiados el diagnóstico fue correcto en 61 (98,3 %). En 1 caso (1,56 %) se hizo diagnóstico de neoplasma del fundus gástrico. rectificándose éste en la laparotomía exploradora.

El estudio de la acidez gástrica se realizó en 40 casos (62 %), en 11 casos se encontraron valores superiores a 3 grs. %, en 22 los valores fueron normales y en 8 se encontraron cifras por debajo de 2 grs.

Hernias complicadas con hemorragia (13 casos 20 % — hematemesis y melena 14 % — melena 4 casos 6 %; fenómenos de atascamiento y perforación (1 caso 1,5 %); neumonitis por aspiración 0 caso); neoplasma de la gruesa tuberosidad herniada (2 casos 3,1 %) y neoplasma de esófago (1 caso 1,5 %).

Hernias con patología asociada. Es frecuente esta situación. El primer aspecto a puntualizar es la participación que cada proceso tiene en las manifestaciones clínicas del paciente. Puede ser difícil determinarlo y por eso es necesario un estudio exhaustivo y de valoración en cada caso. Es importante recordar que la patología asociada puede acentuar las molestias debidas a la hernia y que a su vez, ésta puede ser un hallazgo inesperado en el curso del estudio de una afección abdominal o torácica. Estudiado y valorado cada uno de los procesos patológicos, la hernia y el asociado, se determinará la indicación operatoria.

La hernia se tratará quirúrgicamente cuando exista indicación por ella misma. Ello no crea mayor aumento del riesgo operatorio, si se adecúa la vía de abordaje y el procedimiento a cada circunstancia. Pero no se deberá exagerar la acción quirúrgica sobre la hernia, si esta no fue debidamente estudiada, si no tiene indicación operatoria formal o si es un hallazgo discutible de la exploración operatoria. Consideramos inconveniente y riesgoso, practicar el cierre del hiato esofágico, como un agre-

gado a otra acción quirúrgica, si no se ha analizado correctamente la participación y la patología de la hernia en cada caso.

Los procesos patológicos asociados pueden ser abdominales o torácicos. La litiasis biliar, es indiscutiblemente el elemento más frecuentemente reconocido (21 casos, 32,8 %) distribuidos así: Litiasis vesicular: 13 casos; vesicular y coledociana: 1 caso; colecistectomizados antes: 7 casos.

La colesterosis fue observada en 1 caso (1,56 %). La asociación de la hernia con diverticulosis colónica y litiasis (Triada de Saint) la observamos en 4 casos y con la diverticulosis aislada en 1 solo caso. Esta incidencia puede ser mayor, pues en la serie inicial no se le practicó el estudio del colon a todos los pacientes.

La úlcera gastroduodenal puede estar asociada con la H.H.E.; su frecuencia es variable. En nuestras observaciones la incidencia ha sido muy baja. En 1 caso se sospechó de úlcera duodenal, que no se confirmó en la exploración operatoria. En otro caso en el cual se había practicado funduplicación de Nissen, apareció úlcera gástrica a los 2 años de la intervención anterior.

En el sector torácico pueden existir asociaciones infrecuentes como la equinocosis pulmonar o el divertículo epifrénico del esófago (1 caso).

Todos estos procesos podrán abordarse junto a la H.H.E. por la vía adecuada, así como otros menos frecuentes se procederá con cautela cuando existan procesos sépticos, neoplasmas o situaciones que agraven el riesgo quirúrgico global.

Las hernias con discreto reflujo y sin esofagitis, si no tiene otra razón en la indicación, serán sometidas a tratamiento médico. La vigilancia debe ser muy estrecha y mantenida. Un lapso máximo de 6 meses, mostrará la mejoría. Pero si las circunstancias persisten, la indicación surgirá clara, para evitar la acción nociva del reflujo ácido péptico.

No tienen indicación operatoria las hernias asintomáticas, sin reflujo, sin participación clara en otras manifestaciones que pueda tener el paciente. Tampoco lo tendrán aquellas que han sido hallazgos radiológicos inesperados, y que analizadas ulteriormente, no se encuadran dentro de las exigencias que hemos establecido.

Toda hernia que no tenga indicación operatoria neta, deberá ser mantenida en estrecha vigilancia. Hemos visto cambios importantes en la evolución de ellas, que hacen plantear la indicación. Por esta razón no deberá expresarse una opinión definitiva en la indicación terapéutica. De la misma manera, hemos visto desaparecer imágenes radiológicas de hernia, luego del tratamiento médico bien conducido o de la colecistectomía por litiasis.

Las hernias que tienen indicación operatoria, pero que sus portadores presentan un riesgo operatorio mayor que el habitual, deberán ser analizados con vista a la indicación. Si se adecúa la táctica quirúrgica, utilizando proce-

dimientos sencillos, podrán intervenir casos que no parecen estar al alcance de la cirugía. Lo analizaremos en una próxima comunicación.

En términos generales, la indicación de la cirugía en las H.H.E. se ha ampliado en base a un mejor conocimiento de la enfermedad, a un estudio más correcto de los pacientes, a una selección más adecuada de la táctica y a una técnica más depurada.

Consideramos que el reflujo y la esofagitis congestiva, deben ser detenidas antes que alcancen a producirse situaciones patológicas irreversibles. Creemos que es adecuado expresar, que la profilaxis de las alteraciones esofágicas difíciles de tratar luego de producidas, lo constituye el tratamiento quirúrgico correcto de las hernias en etapas iniciales. Es de desear que en el futuro, la cirugía no deba enfrentarse con las alteraciones serias de la esofagitis por reflujo y trate solamente hernias hiatales sin esofagitis o con esofagitis congestiva reversible.

Consideramos que un porcentaje elevado de H.H.E. se inscriben en la terapéutica quirúrgica, la cual ha visto ampliado su campo de acción por un mejor conocimiento de la patología y de la técnica quirúrgica.

RESUMEN

Se hacen una serie de precisiones sobre las características de las hernias del hiato esofágico del diafragma (H.H.E.) insistiéndose en la importancia de la esofagitis por reflujo en las de variedad de ascenso.

Se precisan los elementos necesarios en el estudio a los efectos de la indicación de la terapéutica quirúrgica, la cual no es sistemática en todos los casos.

Se analiza una serie de 64 observaciones que fueron tratadas por medios quirúrgicos y que presentaron como fundamento de la indicación: manifestaciones sintomáticas, anemia, reflujo, esofagitis, complicaciones o patología asociada (biliar o gastroduodenal).

Se puntualizan los casos que no tienen indicación operatoria formal (asintomáticos, sin reflujo, hallazgos radiológicos aislados) pero se insiste en que deben ser cuidadosamente observados, pues en la evolución puede surgir la indicación operatoria.

Se concluye que el reflujo y la esofagitis deben ser detenidos antes que la situación alcance alteraciones morfológicas serias en el esófago, difíciles de tratar.

Un porcentaje elevado de H.H.E., se suscriben en la terapéutica quirúrgica, la cual ha visto ampliado su campo de acción por un mejor conocimiento de la patología y de la táctica quirúrgica.

RÉSUMÉ

Présentation d'une série de précisions sur les caractéristiques des hernies de l'hiatus œsophagique du diaphragme (H.H.O.), où l'on souligne l'importance de l'œsophagite par reflux dans les variétés ascendantes.

Spécification des éléments nécessaires qui, à l'étude peuvent conditionner la thérapeutique chirurgicale, laquelle n'est pas systématique dans tous les cas.

Analyse d'une série de 64 observations traitées chirurgicalement, se fondant sur les indications suivantes: manifestations symptomatiques, anémie, reflux, œsophagite, complications ou pathologie associées (biliaire ou gastro-duodénale).

Précisions au sujet des cas qui ne présentent pas d'indication opératoire formelle (asymptomatiques, sans reflux, trouvailles radiologiques isolées). Cependant on insiste sur le fait qu'ils doivent être rigoureusement observés, car au cours de leur évolution peut surgir l'indication opératoire.

On conclue que le reflux et l'oesophagite doivent être arrêtés avant d'en arriver au stade des altérations morphologiques sérieuses et difficiles à traiter dans l'oesophage.

Un pourcentage élevé de H.H.O. est du domaine de la thérapeutique chirurgicale, dont le champ d'action s'est vu élargi par une meilleure connaissance de la pathologie et de la technique chirurgicale.

SUMMARY

The characteristics of herniation of the esophageal foramen of the diaphragm are discussed. Stress is laid on the importance of esophagitis due to backflow regurgitation in the ascending type.

The author lists the elements considered necessary in deciding whether surgery is necessary, since this therapy does not apply to all cases.

This is followed by an analysis of 64 cases treated by surgery. The decision for applying this therapy was based on the following elements: symptomatic manifestations, anemia, backflow regurgitation, esophagitis, complications or associated pathology (biliary or grato-duodenal).

Cases not requiring surgery are analyzed (symptomatic, without backflow isolated radiological findings) pointing out however, that they should be carefully observed, because surgery may eventually become necessary in the course of their evolution.

The conclusion arrived at is that backflow and esophagitis should be stopped before they cause serious morphological alterations which are difficult to treat.

A high percentage of herniations of the esophageal foramen require surgery and this therapy is more widely applied as a result of better knowledge of pathology and surgical tactics.