

Hernias del hiato esofágico del diafragma. Táctica terapéutica quirúrgica

239

Dres. WALTER SUIFFET, CARLOS ITUÑO
y GONZALO ESTAPE *

Las intervenciones que se dirigen a tratar quirúrgicamente una hernia abdominal, tienen como orientación tres principios tácticos: reducir el contenido; reseca el saco y reparar el defecto parietal. En las hernias del hiato esofágico del diafragma (H.H.E.) de la variedad de ascenso o deslizamiento, debe primar un principio básico: corregir el reflujo ácido péptico gastroesofágico, cuyas consecuencias patológicas ya hemos analizado (2, 5).

Es indiscutible que si se corrige correctamente la alteración morfológica herniaria, en gran cantidad de casos se corregirá el reflujo. Pero es muy importante mantener en primer plano la repercusión fisiopatológica de la hernia, pues es el motivo más importante de la terapéutica quirúrgica.

Las maniobras dirigidas a tratar este tipo de hernia deben tener como fundamento los siguientes componentes:

- colocar un largo segmento de esófago terminal en su topografía normal subfrénica, posición fundamental para que este sector recupere íntegramente su mecanismo de acción esfintérica;
- reparar la brecha frénica, devolviéndole sus dimensiones y características normales, restableciéndose así su anatomía funcional;

Presentado a la Sociedad de Cirugía el 6/IX/71.

* Prof. Director de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina. Asistente de Clínica Quirúrgica. Adjunto de Clínica Quirúrgica.

- restablecer la síntesis esofagofrénica y gastrofrénica alteradas por la hernia;
- restablecer las relaciones esófago-cardio-tuberositarias normales (incisura de Hiss; válvula de von Gubaroff; topografía subfrénica de la tuberosidad mayor) con lo cual se destablecen relaciones anatómicas necesarias a la buena función.

Pueden agregarse distintas maniobras a exagerar los medios de fijación (síntesis esofago-gástrica más amplia o cruenta; síntesis gastro-parietal anterior o gastrofrénica posterior); a crear mecanismos valvulares con el esófago o con el diafragma; o a reducir la acidez gástrica.

Los distintos procedimientos técnicos han sido clasificados y analizados en publicaciones anteriores (2, 3, 4).

Para realizar estos postulados, la cirugía dispone del abordaje por vía abdominal, torácica o excepcionalmente la combinación abdominotorácica.

Su elección constituye un problema táctico fundamental. Mucho se ha abogado a favor de uno o de otra. Creemos que en vez de hacerlo con argumentos frecuentemente rebatibles, es necesario aplicarse a corregir los elementos patológicos existentes en cada caso, con la mayor exactitud posible. Por tanto consideramos que no se debe ser sistemático en este aspecto. La vía de abordaje así como el procedimiento a utilizarse, deben elegirse frente a cada situación en particular, analizando los distintos aspectos que hemos hecho mención en comunicación anterior (3, 4).

Dos situaciones se presentan a nuestro criterio en lo que respecta a la vía de elección:

- indicación neta y de necesidad de la vía abdominal o de la vía torácica;
- indicación aceptable de una u otra vía, de acuerdo a la orientación del cirujano.

Nuestra experiencia se basa en 64 observaciones de H.H.E., de las cuales fueron intervenidas 63, realizándose 65 operaciones. Los pacientes están agrupados 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 Profesor P. Larghero y pertenecen al archivo de la Clínica Quirúrgica 1 (19 casos). La segunda serie comprende las observaciones recogidas en la misma Clínica, bajo la dirección de uno de los autores (W.S.) desde 1964 a la fecha (21 casos) y a su actividad extra hospitalaria (24 casos). En total de esta segunda serie: 45 casos.

Para su tratamiento quirúrgico nos hemos conducido en la siguiente forma:

La vía abdominal se indica cuando existe patología abdominal asociada; cuando es necesario realizar una exploración diagnóstica de abdomen frente a una situación de duda; cuando es necesario practicar una operación balanceada (vagotomía y piloroplastia) debido a valores elevados de acidez o a esofagitis intensa o cuando siendo posible elegir una u otra vía, existen secuelas de afecciones torácicas o un riesgo mayor en la toracotomía. Un punto de discusión es si en las recidivas operadas por vía torácica, se debe utilizar la vía abdominal para una nueva operación. Se analizará cada caso en particular, aunque creemos que es preferible utilizar un camino virgen para la reintervención.

La vía torácica se indica cuando existen lesiones importantes al nivel del esófago como consecuencia de la esofagitis péptica; cuando se desea tratar patología torácica asociada (divertículo esofágico; neumonitis por aspiración; equinocosis pulmonar); cuando haya necesidad de exploración diagnóstica del tórax frente a una situación de duda (neo de esófago o del estómago herniado) o cuando se intervienen las recidivas abordadas en primera instancia por el abdomen. Una mención merece hacerse en el problema que crean los pacientes obesos, con dificultades en la reducción de peso y con franca indicación opera-

toría. La vía torácica es más favorable en sus posibilidades y debe utilizarse sin reparos.

Fuera de estas situaciones se podrá utilizar indistintamente la vía torácica o abdominal de acuerdo al concepto personal, a la orientación y a la experiencia del cirujano.

Utilizamos en una etapa inicial de esta cirugía, la vía torácica como la vía de elección. En el momento actual, nos inclinamos por la vía abdominal, salvo las situaciones que hemos analizado. Nuestra experiencia nos dice que la reparación es más correcta, los riesgos son menores, y las posibilidades del manejo táctico son de mayor versatilidad.

Nuestra estadística muestra 65 operaciones en 63 pacientes: Vía abdominal 45 veces (70 %). Vía torácica 20 veces (30 %).

Las últimas 37 operaciones han sido realizadas por vía abdominal, con entera satisfacción y con resultados que analizaremos más adelante.

Numerosas variantes técnicas se han descrito para tratar este tipo de hernias. Tal vez eso demuestre cierta insatisfacción de los cirujanos por los resultados obtenidos. Ha habido cierto descrédito por lo que la cirugía puede proporcionar en este difícil problema. Sin embargo, si se analizan bien los casos y se selecciona una técnica adecuada a cada situación, los resultados obtenidos serán más favorables. No se debe aplicar el mismo procedimiento a todos los casos, pues podría ser excesivo para algunos e insuficiente para otros. La situación es comparable a la que crean las hernias inguinales, en las cuales deberá elegirse el procedimiento que más convenga a cada situación.

La táctica quirúrgica que hemos adoptado se puede esquematizar así, utilizando primordialmente la vía abdominal (45 veces 70 %).

—en pacientes jóvenes o de mediana edad, con hernia reductible de tamaño diverso, reflujo y esofagitis moderada, orificio frénico de 5 o 6 cms. de ancho y buenos pilares frénicos, aconsejamos la reparación integral anatómica. En la 1ª serie se utilizó la técnica descrita por Harrington, pero luego se adoptó la de Lortat-Jacob o Améndola. Pueden ampliarse los tiempos de fijación esofagagástrica con las variantes conocidas, pero no las hemos utilizado.

Técnica de Harrington: 7 casos (10.7 % del total, 15.5 % de la V. Abd.)

Controlados	6 casos	(85.7 %)
Recidiva y reflujo	1	
Recidiva sin reflujo	0	
Reflujo sin recidiva	0	
Bien (Clínica y R.X.)	5	(71.4 % del total)
		(83.3 % de controlados)

Técnica de Lortat-Jacob: 13 casos (20 % del total, 30 % de la V. Abd.)

Controlados	11 casos	(84.6 % del total)
Recidiva y reflujo	1	
Recidiva sin reflujo	0	
Reflujo sin recidiva	1	
Bien (Clínica y R.X.)	9	(69 % del total)
		(81.8 % de controlados)

—en pacientes adultos o añosos, con hernias voluminosas, reductibles, con reflujo y esofagitis moderada o intensa, con orificio frénico

amplio de más de 6 cms. y pilares defectuosos, utilizamos la técnica de funduplicación.

Técnica de Nissen y Rossetti: 16 casos (24.5 % del total, 35.5 % de la V. Abd.)

Controlados	13 casos	(81 % del total)
Reflujo	1	
Bien (Clínica y R.X.)	12	(75 % del total)
		(92.3 % de controlados)

En este procedimiento lo que se pretende como elemento fundamental, es controlar el reflujo, pues la técnica no se dirige a tratar los componentes de la hernia. Las imágenes radiológicas que se observan en el postoperatorio, son muy peculiares y sólo debe valorarse el resultado de la operación por la presencia del reflujo. No se le debe de dar trascendencia a la presencia de imágenes radiológicas de hernia. Es posible en algunos casos observar, que todo el complejo de la funduplicación pe-

netra a través del hiato en el tórax. Pero ello no tiene importancia si no existe el reflujo.

—En pacientes que están en las situaciones anteriores, pero en los cuales hay coexistencia de úlcera de duodeno, síndrome ulceroso, valores elevados de acidez, esofagitis intensa o en casos de recidiva del reflujo sin hernia y esofagitis, realizamos la vagotomía troncal y piloroplastia tal cual ha sido preconizada por Harrington.

Técnica de Harrington:

Vagotomía y piloroplastia	3 casos	(4.6 % del total)
		6.6 % de la V. Abd.)

En dos casos esta intervención se realizó adicionada a la funduplicación, por valores elevados de acidez y esofagitis intensa; en un

caso por persistencia del reflujo sin hernia y esofagitis.

Controlados	3 casos	(100 %)
Bien (Clín. y Laboratorio)	3	(100 %)
(Valores de acidez basal libre 0)		

—En pacientes añosos, con hernias voluminosas, con anillo frénico de 8 cms. o de mayor amplitud y pilares defectuosos, con alteracio-

nes de la columna vertebral, cardiorrespiratoria o generales, utilizamos la gastropexia anterior.

Técnica de Arce-Nissen: 6 casos (9.2 % del total, 13.3 % de la V. Abd.)

Controlados	6 casos	(100 %)
Reflujo	0	
Bien	6	(100 %)

El estudio ulterior de estos pacientes debe pesquisar solamente el reflujo. pues la técnica no actúa sobre los componentes de la hernia. Hemos observado que la imagen radiológica de hernia de ascenso se transforma en una paraesofágica. Esto se explica puesto que el esófago abdominal y el cardias quedan fijos en la zona subfrénica, pero al persistir el hiato abierto y el saco herniario, la cúpula gá-

trica los ocupa en una topografía paraesofágica. Este es el mecanismo por el cual se produce la desaparición del reflujo, elemento que busca la intervención.

En las 45 H.H.E. tratadas por vía abdominal, se realizaron 26 operaciones asociadas (57.7 %).

—Colecistectomía	8 casos	(17.7 %)
—Colecistectomía y Coledocostomía	3	(6.6 %)
—Colecistostomía	4	(8.8 %)
—Coledoduodenostomía	1	(2.2 %)
—Esplenectomía	10	(22 %)
(de necesidad)		

La vía torácica ha sido utilizada en 20 casos (30 %), habiéndose realizado en las etapas iniciales la técnica descrita por Allison,

para adoptar después la de Humphreys y los resultados obtenidos son los siguientes:

Técnica de Allison: 9 casos (13.8 % del total, 45 % de la V. Tor.)

Controlados	7 casos	(77.7 %)
Recidiva y reflujo	1	
Recidiva sin reflujo	0	
Reflujo sin recidiva	1	
Bien (Clínica y R.X.)	5	(55.5 % del total)
		(71.4 % de controlados)

Técnica de Humphreys: 11 casos (16.9 % del total, 55 % de la V. Tor.)

Controlados	11 casos	(100 %)
Recidiva y reflujo	0	"
Recidiva sin reflujo	0	"
Reflujo sin recidiva	2	"
Bien (Clínica y R.X.)	9	(82 % del total y de controlados)

Se realizó como operación asociada la resección de un divertículo epifrénico del esófago: 1 caso 5 % de la V. Tor.

En el momento actual cuando se indica la vía torácica, la operación de Belsey-Mark IV, parece llenar todas las exigencias de la cirugía y ha dado excelentes resultados. Agrega a los principios de Allison la creación de un mecanismo valvular de continencia y una fijación frenoesofágica más amplia. No hemos realizado esta técnica.

Al referirnos al abordaje por vía torácica, lo hemos hecho concretamente a los casos que tienen H.H.E. sin lesiones avanzadas de esofagitis. En ellas la táctica quirúrgica tiene otras exigencias que no son desarrolladas en esta comunicación.

Los resultados globales obtenidos con esta táctica terapéutica quirúrgica son los siguientes:

64	observaciones de H.H.E.
63	casos operados.
65	operaciones realizadas.
55	casos controlados (84.6 % del total).
47	casos con buen resultado (72 % del total)
	(sin síntomas, sin reflujo) 85.4 % de controlados)

Resultados discriminados según la vía abordaje:

Vía abdominal (45 casos: 70 %)

Controlados	37 casos	(82.2 %)
Bien	33	(73 % del total)
		(89 % de controlados)

Vía torácica (20 casos: 30 %)

Controlados	18 casos	(90 %)
Bien	14	(70 % del total)
		(77.7 % de controlados)

Reintervenciones (2 casos: 3 %).

—Op. de Harrington —recidiva y reflujo— Op. Allison	1 caso
Op. de Allison —reflujo— Vag. y piloroplastia	1 caso

Mortalidad

—Postoperatoria	1 caso	(1.5 %)
(Fístula esofágica)		
(Op. de Harrington 1ª serie 1959)		
—Cercana	2	(3 %)
Neoplasma tuberosidad		
Gástrica Lap. exploradora		
—Alejada	4	(6 %)
Accidente vascular encefálica ..	(Op. Nissen)	2 años
Hematemesis — Ulcera gástrica	(Op. Humphreys)	4
Neoplasma pulmón	(Op. Nissen)	3
Neoplasma esófago	(Op. Harrington)	10

Morbilidad (25 casos: 37.5 %)

Supuración de herida	2 casos	(3 %)
Fístula gástrica	1	(1.5 %)
Colección subfrénica. (Op. Harrington 1ª serie 195)		
Fístula esofágica por desgarro esofá- go operatorio (fallecido 1ª serie 1959)	1	(1.5 %)
Disfagia transitoria	8	(12 %)
(Op. de Harrington) 2)		
(Op. " Allison) 2)		
(Op. " Lortat) 2)		
(Op. " Nissen) 2)		
Neumopatía aguda	4	(6 %)
Derrame pleural	4	(6 %)
Trombosis venosa	1	(1.5 %)
Eventración abdominal	2	(3 %)
Dolor torácico	2	(3 %)

RESUMEN

Se analizan las exigencias de la cirugía en el tratamiento de las H.H.E., haciéndose resaltar la importancia de combatir el reflujo. La vía de abordaje puede ser abdominal o torácica, debiendo analizarse en cada caso según su patología. Se prefiere la vía abdominal, realizada en las últimas 37 intervenciones, luego de haber utilizado la vía torácica. Se reserva ésta para los casos con esofagitis importante o valores elevados de acidez. La vía abdominal fue usada 45 veces (70 %) y la torácica 20 (30 %). Se utilizan diversas técnicas adecuadas a las circunstancias de cada caso. Se han obtenido resultados favorables en los casos controlados que oscilan entre 80 y 100 %. Los resultados son muy similares con los distintos procedimientos, pero se considera que ello es debido a su aplicación discriminada a cada situación. Los resultados favorables ascienden a 85 % de los casos controlados y a 72 % del total de operados en esta serie. La morbilidad fue de 37.5 % y la mortalidad de 1.5 %.

RÉSUMÉ

Analyse des cas exigeant l'intervention chirurgicale dans le traitement des hernies de l'hiatus oesophagique du diaphragme, en soulignant qu'il est important de combattre le reflux. La voie d'abordage peut être analysée suivant la pathologie de chaque cas. La voie abdominale a été choisie de préférence à la voie thoracique.

Celle-ci est réservée aux cas où l'oesophagite est importante ou quand les valeurs d'acidité sont élevées. La voie abdominale a été utilisée 45 fois (70 %) et la thoracique 20 (30 %). Les diversités techniques sont fonction des particularités de chaque cas. On a obtenu des résultats favorables dans les cas contrôlés, oscillant entre 80 et 100 %. Les résultats obtenus sont très similaires alors que les méthodes sont différentes, mais on considère que cela est dû à une application adéquate à chaque cas. Les résultats favorables s'élèvent à 85 % des cas contrôlés et à 72 % de la totalité des opérés dans cette série. La morbidité a été de 37,5 % et la mortalité de 1,5 %.

SUMMARY

Surgery requirements in the treatment of herniation of the esophageal foramen is analyzed; the importance of preventing regurgitation backflow is pointed out. The approach may be either abdominal or thoracic and each case should be analyzed according to its pathology. The author states his preference for the abdominal approach, employed in the last 37 operations, while in earlier cases he had employed the thoracic approach. The latter is reserved for cases involving serious esophagitis or high acidity values. The abdominal approach was used 45 times (70 %) and the thoracic 20 (30 %). Different techniques are employed according to the circumstances of each case. Favourable results have been obtained in controlled cases, which range between 80 and 100 %. Results with different procedures are similar, but it is believed this is due to their discriminate application in each situation. Favourable results amount to 85 % of controlled cases and 72 % of all patients operated in this series. Morbidity rate was 37.5 % and death rate 1.5 %.

BIBLIOGRAFIA

1. SUIFFET, W. Hernia por deslizamiento del hiato esofágico. Esofagitis por reflujo. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 22: 695, 1951.
2. SUIFFET, W. Indicaciones del tratamiento quirúrgico en las hernias diafragmáticas. *Med. Uruguay*, 238, 1967-68.
3. SUIFFET, W. Tratamiento quirúrgico de las hernias diafragmáticas. La vía de abordaje abdominal. *Med. Uruguay*, 247, 1967-68.
4. SUIFFET, W. Tratamiento quirúrgico de las hernias diafragmáticas. La vía de abordaje torácica. *Med. Uruguay*, 261, 1967-68.
5. SUIFFET, W., ITUÑO, C. y ESTAPE, G. Hernias del hiato esofágico del diafragma. Análisis de las indicaciones operatorias (64 observaciones). *Cir. Uruguay*. (En prensa).