

## *Hernia hiatal estrangulada*

Dres. ROBERTO ESTRUGO y JULIO C. PRIARIO \*

Traemos a la consideración de esta sociedad un caso de hernia hiatal estrangulada por cuanto se trata de una afección observada excepcionalmente.

Dentro de las complicaciones que puede sufrir una hernia hiatal tal vez sea la menos frecuente. La pauta de este hecho lo dan las distintas publicaciones consultadas tanto extranjeras (Harrington, Sweet, Beardsley) como nacionales de la cual recordamos la de Suiffet y Priario de 1964.

En conjunto, las distintas variedades de hernia diafragmática estrangulada no traumática, tienen una frecuencia que oscila entre el 10 y el 20 % según los distintos autores.

Nos referiremos exclusivamente a la variedad hernia hiatal estrangulada.

Respecto a la terminología empleada si bien las distintas fichas bibliográficas mencionan indistintamente las palabras encarcelamiento, estrangulamiento, o obstrucción, cuando decimos estrangulación nos referimos a aquellas situaciones en las cuales está comprometido el flujo sanguíneo visceral primario o secundario a fenómenos de oclusión intrasacular por lo que consideramos seriamente la posibilidad de un acto quirúrgico con carácter urgente.

Esta entidad es más frecuente en pacientes añosos, de preferencia en el sexo femenino.

En general el contenido herniario es sólo estómago y su estrangulación puede resultar de la complicación de una gran hernia por deslizamiento o como consecuencia de una distensión gástrica aguda.

En el 25 % de los casos el episodio agudo es consecuencia de un aumento de la presión abdominal desencadenado por ingestas copiosas preferentemente líquidos, esfuerzo de vómito, parto o en el postoperatorio de cirugía abdominal o como sucedió en nuestro caso secundario a otra patología intraabdominal en curso.

Se presenta como un episodio agudo único o repetido a intervalos variables pudiendo ir a la resolución o al estrangulamiento.

Los síntomas habituales son del punto de vista abdominal el de un síndrome oclusivo alto a los cuales pueden agregarse por la impactación y distensión gástrica en el tórax: disnea, cianosis, colapso cardiocirculatorio cuyo origen puede ser consecuencia del desplazamiento mediastinal y de la expoliación hidrosalina por los vómitos profusos.

El examen nos muestra en general un abdomen mudo, por el contrario los signos torácicos pueden ser floridos, timpanismo, macidez, ruidos anormales agregados, desplazamiento cardiaco, etc.

El diagnóstico clínico raramente se efectúa, es más, dado el predominio de la sintomatología torácica el diagnóstico diferencial planteado ha sido con infarto de miocardio, empiema pleural, neumotórax, e incluso ruptura esofágica (10).

De ello se desprende la utilidad de los exámenes complementarios especialmente la radiología, en forma de radioscopia, estudios simples y contrastados.

Si sólo está implicado el estómago habrá ausencia de gases intestinales o serán escasos, opacidad subfrénica izquierda e imagen hidroaérea supradiafragmática como en nuestro caso.

Aun estas imágenes pueden plantear diagnósticos diferenciales con diafragma alto (2), quiste a tensión (10), neumotórax o pleuresía (9).

La confirmación del diagnóstico es obtenida rápidamente por una serie contrastada esofagoduodenal visualizándose la unión esofagocardial en su posición habitual o supradiafragmática lo que hace el diagnóstico de variedad herniaria parahiatal o por deslizamiento.

La toracentesis realizada pensando en una afección pleuropulmonar que muestra un líquido oscuro, grumoso, ácido, puede corregir el diagnóstico (7).

\* Residente de Cirugía, Prof. Adj. de Cirugía, Fac. de Med. Montevideo.

Presentado el 9 de agosto de 1972.

La evolución espontánea de este proceso es irremisiblemente a la muerte.

Como primera medida terapéutica se hará una reposición parenteral enérgica por descubierta venosa con medida de P.V.C., medida de la diuresis horaria y de los restantes parámetros.

Seguidamente se procederá a la decompresión digestiva por introducción de sonda nasogástrica. Si esta maniobra es efectiva puede facilitar mucho el acto operatorio, pero aun así no debemos contemporizar porque pueden existir lesiones parietales del órgano implicado que pueden continuar su evolución a la gangrena independientemente de la degradación.

El tratamiento quirúrgico debe ser precoz, el abordaje es muy discutido por los distintos autores habiendo partidarios de la laparotomía inicial (1,6,9) y defensores de la toracotomía (3).

La edad, el estado general y el balance lesional intraoperatorio nos mostrará la actitud a tomar en cada caso variando desde la reducción simple con gastropexia hasta la resección de sectores de dudosa vitalidad.

Cuando el estómago esté muy distendido se podrá realizar una gastrostomía a los efectos de obviar la sonda nasogástrica durante mucho tiempo (1,4,8).

No se debe perder tiempo en el cierre del defecto diafragmático en los casos críticos.

El pronóstico es malo porque en general son pacientes añosos, con mal estado general y llegan con muchas horas de evolución a las manos del cirujano.

## CASO CLINICO

Luisa María F. de S. 87 años, raza blanca, or., viuda.

M.I. Dolor en epigastrio y vómitos.

E.A. Paciente de 87 años que en aparente buen estado de salud comienza 48 horas antes del ingreso con dolor en epigastrio e hipocondrio derecho tipo cólico, sin irradiaciones luego de la ingesta de excitobiliares.

Concomitantemente estado nauseoso y vómitos repetidos de restos de alimentos y biliosos que en el transcurso de las horas se hicieron oscuros.

No síndrome febril.

Decaimiento del estado general con anorexia.

T.I. No exoneró su intestino en las últimas 48 horas pero expulsa gases.

T.U. Orinas concentradas escasas.

A.P. No relata dispensias de ningún tipo. No ha requerido atención médica en los últimos años. Ignora si es hipertensa o portadora de alguna tara metabólica.

Examen: Lúcida, T.A. 36° hábito pícnico, pliegue cutáneo hipoelástico, no signo de miopem, piel y mucosas pálidas.

Bucofaringe: Lengua seca saburral, faltan todas las piezas dentarias, garganta s/p.

Cardiovascular: Central: tonos bien golpeados arritmia extrasistólica. Periférico: pulsos radiales isócronos, arritmia, 90 p.p.m., P.A. 170 — 80.

Pleuropulmonar: clínicamente normal.

Abdomen: globuloso, se moviliza discretamente con la respiración, depresible, dolor espontáneo y a la palpación en epigastrio, hipocondrio derecho y fosa iliaca izquierda. No hay defensa ni contractura en los sectores mencionados. No se palpan visceromegalias, parece palparse empastamiento a nivel de la fosa iliaca izquierda. Percusión y auscultación normales. F.L. sin particularidades. Orificios herniarios s/p.

Ingresa a sala con el diagnóstico de cuadro doloroso de hipocondrio derecho.

Se realiza hidratación parenteral, antiespasmódicos, bolsa de hielo y controles.

Vista en sala a la mañana siguiente se observa un agravamiento del estado general con deshidratación marcada por los vómitos que se mantienen abundantes y repetidos cuyo contenido impresiona como sangre digerida. Se instituye terapia parenteral enérgica y se realiza decompresión digestiva por sonda nasogástrica.

Se realiza estudio radiológico simple de abdomen y toracoabdominal que muestra una gruesa imagen hidroaérea supradiafragmática izquierda que no desplaza el mediastino a derecha, opacidad infradiafragmática izquierda, gases en el colon.

Los exámenes de laboratorio muestran: Ht. 30 %, Hipocloruria, 1,80 grs. % densidad 1019, Azoemia 1 gr. %, Glicemia: 1,27 grs. %. La electrolitemia muestra disminución de la R.A. del K y una franca disminución del Cl.

El E.C.G. se informa: ritmo sinusal con marcada arritmia sinusal con extrasístoles ventriculares y supraventriculares. Anomalías de la repolarización ventricular de tipo coronario de grado mediano.

A pesar de la terapéutica instituida la paciente continúa con su síndrome de retención 900 cc. de líquido amarronado negro obtenido por aspiración y 600 cc. por vómitos y dolores intensos por lo que se decide intervenir quirúrgicamente, 48 horas después del ingreso.

Intervención: Incisión: mediana supraumbilical.

Exploración: el estómago está prácticamente en su mitad proximal dentro del tórax, se reintegra al abdomen por tracción suave de su curvatura mayor comprobándose un surco violáceo en su cara anterior correspondiente a la zona del anillo herniario, por encima franca cianosis que desaparece lentamente. El hiatus esofágico tiene un diámetro entre 8 y 9 cms. El resto de la exploración muestra: litiasis vesicular múltiple a cálculos medianos y pequeños, tumoración sigmoidea con aspecto inflamatorio con abundante tejido de esclerolipomatosis.

Procedimiento: Se realiza gastropexia según técnica de Arce-Nissen con lo que el estómago permanece reducida en la cavidad abdominal. No se realiza ninguna maniobra sobre el hiatus esofágico. Colecistostomía según técnica habitual. Cierre con puntos separados de nylon.

Postoperatorio bueno, en apirexia, sin dolor, buena diuresis, se retira sonda nasogástrica al 2º día.

El gastroduodeno de control mostró ángulo cardioesofágico mantenido en posición con cúpula gástrica intratorácica.

La colecistocolangiografía postoperatoria ha mostrado V.B.P. sin particularidades.

El seguimiento se realizó en su domicilio. La paciente toleraba las ingestas fraccionadas y en posición erguida. Del punto de vista general se constata la instalación de una demencia senil progresiva hasta su fallecimiento cinco meses después de su intervención quirúrgica.

## CONSIDERACIONES

Debemos destacar:

1) La paciente era portadora de una hernia hiatal desconocida sin antecedentes dispepticos.

2) El cuadro clínico fue confuso por la dualidad patológica intraabdominal, si bien los elementos correspondientes a la hernia hiatal estrangulada vistos retrospectivamente son los habituales de esta entidad.

3) El diagnóstico positivo se realizó precozmente gracias al estudio radiológico simple.

4) El mecanismo determinante fue la patología concomitante que determinó una distensión aguda gástrica intratorácica.

5) El tratamiento mínimo realizado solucionando el estrangulamiento sin reparar el defecto diafragmático estuvo condicionado a la edad, e importantes trastornos cardiocirculatorios evidenciados por la clínica y el E.C.G.

## RESUMEN

Los autores presentan una observación de hernia hiatal estrangulada a contenido gástrico, tratada con éxito por reducción y gastropexia.

## RÉSUMÉ

Présentation d'une observation de hernie hiatale étranglée à contenu gastrique, traitée avec succès par réduction et gastropexie.

## SUMMARY

The author relates how one case of strangled hiatus hernia with gastric content was successfully treated by reduction and gastropexy.

## BIBLIOGRAFIA

1. BEARDSLEY, J. M. and THOMPSON, W. R. Acutely obstructed hiatal hernia. *Ann. Surg.* 159: 49, 1964.
2. BLATT, E., SCHENEIDER, H., WIOT, J. and FELSON, B. Roentgen Findings in Obstructed Diafragmatic Hernia. *Radiology*, 79: 648, 1962.
3. CARTER, N. y GIUSEFFI, J. Hernia diafragmática estrangulada. *Anal. Cir.* (Bs. As.), 7: 1501, 1948.
4. GUERNSEY, J. M. and CONNOLLY, J. E. Acute, Complete Gastric Volvulus. *Arch. Surg.* 86: 423, 1963.

5. HARRINGTON, S. W. Various types of diaphragmatic hernia treated surgically. *Surg. Gyn. Obst.*, 86: 735, 1948.
6. HUGUIER, J. Crepy et Disan. Hernies diaphragmatiques étranglées. Reflexions a propos de trois cas. *Mem. de L'Acad. Chir.*, 75: 737, 1949.
7. HURLEY, G. A. Hernia diafragmática estrangulada. *An. Cir.* (Bs. As.), 12: 1413, 1953.
8. LARSON, N., LARSON, R. and DORSEY, J. M. Mechanism of obstruction and strangulation in hernias of the esophageal hiatus. *Surg. Gyn. Obst.*, 119: 835, 1964.
9. PATEL, J., HILLEMAND, P. et CORMIER, J. M. A propos des hernies hiatales étranglées. *Arch. Mal. App. Dig. et Nutr.* 49: 689, 1960.
10. SELLORS, H. and PAPP, C. Strangulated diaphragmatic hernia With torsion of the stomach. *Brit. J. Surg.*, 43: 289, 1955.
11. SUIFFET, W. y PRIARIO, J. C. Hernias diafragmáticas estranguladas (Variedades no traumáticas). *An. Fac. Med.* (Montevideo), 49: 14, 1964.
12. SWEET, R. Analysis of one hundred thirty cases of hiatus hernia treated surgically. *J.A.M.A.*, 151: 376, 1953.

## DISCUSION

DR. BARQUET.—Personalmente me resulta muy interesante el trabajo del Dr. Estrugo por tratarse de un tema al que hemos dedicado muchos años.

Queremos referirnos a un caso bastante similar que hace unos cinco años tratamos en una guardia del Hospital de Clínicas.

Se trataba de un enfermo de unos 70 años, que también presentaba un tipo de hernia atascada muy parecida a esta, es decir, yo no la catalogaría exactamente de hernia por deslizamiento.

La hernia por deslizamiento no tiene la cúpula gástrica protuida como tiene este enfermo y como sucedía en el nuestro. Este aspecto corresponde al tipo de hernia paraesofágica a expensas del polo superior del estómago, aspecto diferente a los otros tipos de hernias paraesofágicas también, pero en donde lo que se hernia es el sector gástrico inferior, pasando por delante del polo superior gástrico fijo, adoptando la posición invertida, que justifica la denominación de hernia por rolamiento o "estómago al revés", de los autores sajones.

Pero como además presenta cierto deslizamiento del sector esofagogástrico, entra dentro del grupo III de Akerlund.

De manera que es una hernia mixta, por deslizamiento, pero más predominantemente paraesofágica a expensas del polo superior gástrico.

Para que se produzca el atascamiento herniario se requiere habitualmente una hipertensión abdominal, como bien lo refiere el Dr. Estrugo. Por rara coincidencia en nuestro caso también existía una diverticulitis sigmoidea que había provocado un fecaloma, aunque no había llegado a la etapa evolutiva de obstrucción total.

La intervención consistió también en desalojar el polo superior gástrico protuido del tórax, aunque nosotros hicimos el cierre del orificio diafragmático.

En suma, un caso similar al descripto por el ponente, tanto en el aspecto anatómico como fisiopatológico.