

CASOS CLÍNICOS

Observación de interés en el tratamiento quirúrgico de la hernia hiatal

Dres. Alejandro Arpayoglou, Francisco Crestanello
y Roberto Rubio*

Un enfermo portador de una hernia hiatal por deslizamiento con sangrado digestivo crónico, es operado por vía abdominal con la técnica de funduplicatura de Nissen, desapareciendo su sintomatología de reflujo gastroesofágico, pero persistiendo su sangrado. Un control radiológico comprueba que el sector alto, plegado, del estómago permanece en el tórax. Se discute el origen de la hemorragia persistente, concluyéndose que sangra el estómago ectópico por mecanismo patogénico no aclarado. Se reopera por vía torácica izquierda; se deshace la funduplicatura y se reintegra el estómago al abdomen, fijándolo según la técnica de Allison. Se detiene el sangrado y el enfermo se encuentra bien a los 2 meses y medio de operado.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:
Diaphragmatic hernia/complications, surgery.

El tratamiento quirúrgico de la hernia hiatal por deslizamiento es motivo de numerosos trabajos nacionales y extranjeros. No nos proponemos hacer un análisis exhaustivo de la bibliografía, sino comentar algunos hechos llamativos en un paciente operado con dos técnicas diferentes.

CASO CLINICO

J.C.V. H de C. Reg. 214.402; paciente de sexo masculino, de 30 años de edad, asmático, que en 1964 en un intento de autoeliminación, es arrollado por un tren. Ingresó el 27-10-64 presentando una fractura de raquis lumbar. Se hace laminectomía, comprobándose compresión medular. A partir de entonces queda con una paraplejía flácida con nivel superior entre D12-L1 y síndrome esfinteriano vesical y rectal.

Múltiples ingresos por crisis asmáticas, infecciones urinarias y escaras sacras. En 1972 ingresa por anemia, melenas y dispepsia. Desde hace 4 años tiene ardor epigástrico, sin ritmo ni periodicidad, ocasionalmente pituitas matinales y pirosis. Vómitos color borra de café, no presentó hematemesis franca. Melenas repetidas. Al examen: adelgazado, sudoroso, anemia intensa; cifosis dorsal, escoliosis dextro-convexa, atrofia

Clinica Quirúrgica "A" (Prof. Dr. Roberto Rubio). Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Montevideo.

muscular de ambos miembros inferiores y paraplejía flácida. Hematocrito oscila entre 25 y 35 %; recibe múltiples transfusiones de sangre (15 volúmenes). El estudio radiológico contrastado de su esofagogastroduodeno muestra una hernia hiatal por deslizamiento, con reflujo gastroesofágico importante. Esófago y estómago con pliegues mucosos engrosados, bulbo duodenal normal.

Quimismo gástrico: presenta sangre en todas las muestras y respuesta secretora con valores muy bajos de HCL. El 21-7-72 se opera realizándose funduplicatura con gastropexia anterior a través de una incisión mediana supraumbilical. La exploración del resto del tubo digestivo es macroscópicamente normal. Se realiza además glomectomía carotídea izquierda. Postoperatorio: mejora su anemia, desaparece la pirosis y los ardores en epigastrio. Hematocrito: mejora parcialmente. Alta.

A los 2 meses presenta hematemesis y melenas y anemia intensa. Hematocrito: oscila entre 25 y 30 % y la hemoglobina entre 47 y 48 %.

El estudio radiológico de su esofagogastroduodeno muestra el Nissen en el tórax; no hay reflujo gastroesofágico.

Quimismo gástrico: respuesta secretoria baja de HCL. Mejora con transfusiones de sangre. Alta.

En mayo de 1973 reingresa por descompensación de su anemia. El esofagogastroduodeno permanece incambiado, no se logró reflujo gastroesofágico con las maniobras realizadas. Quimismo gástrico: moderada hipoclorhidria. Weber positivo. Hematocrito oscila entre 16 y 22 %; hemoglobina entre 30 y 38 %.

Fibrogastroscoopia (Dr. Sojo): La exploración gástrica no muestra ningún tipo de lesión circunscripta, habiendo solo discreto edema de la mucosa. No se puede explorar la bolsa gástrica ectópica del Nissen, pues el aparato no puede introducirse en ella. No hay reflujo gastroesofágico, ni esofagitis.

En esta situación con el enfermo intensamente anémico a pesar de numerosísimas transfusiones de sangre, glóbulos concentrados y glóbulos lavados por episodios de incompatibilidad transfusional (93 volúmenes aproximadamente en 2 años), se plantea a qué altura del tubo digestivo está sangrando y cuál es su etiopatogenia.

Se concluye que el sangrado crónico que presenta el paciente es a nivel del estómago herniado en el tórax, justamente donde se realizó la funduplicatura. Los demás sectores del tubo digestivo explorados, no evidenciaron lesiones.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 14 de agosto de 1974.

* Residente de Cirugía, Asistente de Clínica Quirúrgica, Profesor de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Bulevar España 2904 ap. 401, Montevideo (Dr. Rubio).

Con este planteo diagnóstico se decide reoperarlo por vía torácica, deshacer la funduplicatura y corregir la hernia hiatal por el procedimiento de Allison. Se preparó intensamente del punto de vista pleuropulmonar por su asma inveterado y se operó por una toracotomía posterolateral izq. (28-5-74, Dres. Rubio-Cres-tanello-Arpayoglou).

Liberación y apertura del saco herniario que contiene la funduplicatura. Existen adherencias a nivel del saco que se liberan y se deshace la funduplicatura. No existen lesiones macroscópicas externas a nivel del esófago y del estómago herniado. Frenotomía oblicua por delante del hiato esofágico que se presenta agrandado. Reducción del fundus gástrico al abdomen fijándolo a la cara inferior del diafragma y cierre parcial del hiato esofágico, según técnica de Allison. Se comprueba la apertura accidental de la pleura derecha. Cierre de la toracotomía y drenaje en la forma habitual.

Postoperatorio sin incidentales, salvo infección de la toracotomía. Mejora clínicamente de su anemia, las heces se vuelven normales, el hematocrito tiende a normalizarse alcanzando el último 44 %; la hemoglobina es de 87 %. No recibió ninguna transfusión de sangre luego de la operación. Aparentemente ha dejado de sangrar.

Radioscopia de tórax televisada: no presenta hernia diafragmática, el pasaje esofagogástrico es normal y no hay reflujo. Tiene una parálisis del hemidiafragma izquierdo.

El esofagogastroduodeno muestra buen pasaje esofagogástrico, ausencia de reflujo gastroesofágico y el fundus en situación infradiafragmática.

En el momento actual lleva 2 meses y medio de operado, su anemia se ha corregido y no requirió nuevas transfusiones de sangre. La evolución postoperatoria es breve, pero el resultado obtenido: cese del sangrado crónico, es llamativo.

DISCUSION

En la primera intervención la indicación operatoria era absoluta; tenía reflujo gastroesofágico y sangraba. No presentaba otra patología por la clínica. Estaba indicada además la vía abdominal para explorar el resto del abdomen, que fue normal. El resultado de la funduplicatura con gastropexia anterior fue la eliminación del reflujo gastroesofágico, tanto clínico, como radiológico y endoscópico. Sin embargo persiste el sangrado y se comprueba radiológicamente que la funduplicatura se halla en el tórax. Se estudia y no presenta otra lesión que explique este sangrado tan particular. Sigue anémico y con melenas a pesar de numerosas transfusiones. La causa de este sangrado no parece ser una esofagitis ni un úlcus esofágico; la endoscopia no los mostró.

No se encontró lesión en el estómago intraabdominal (úlcus, gastritis hemorrágica), ni en el duodeno (úlcus); ni por la radiología ni por la endoscopia. Los valores de secreción acidopéptica fueron siempre bajos. Se concluye que sangra a nivel del estómago plegado, ectópico en el tórax, por un mecanismo no aclarado; posiblemente de vaivén a nivel del hiato, congestión mucosa, etc.

No se pudo objetivar esta hipótesis en la fibrogastroscoopia por dificultades técnicas in-

salvables (imposibilidad de introducir el aparato dentro de la bolsa gástrica ectópica).

El resultado operatorio parece confirmar este planteo. Una vez deshecho el Nissen y reintegrado el fundus gástrico al abdomen, reconstituida la anatomía normal de la región con el procedimiento de Allison, permitiendo actuar al juego de presiones normales a nivel del aparato esofagocardiotuberositario el enfermo dejó de sangrar.

ADENDA: En abril de 1975, a los 11 meses de operado, se mantiene en buenas condiciones, no habiendo vuelto a sangrar.

RÉSUMÉ

Intérêt d'une observation sur le traitement chirurgical de la hernie hiatale.

Un malade souffrant d'une hernie hiatale par glissement avec saignement digestif chronique, est opéré par voie abdominale suivant la technique de funduplicature de Nissen. La symptomatologie de reflux disparaît mais le saignement persiste. Un contrôle radiologique montre que le secteur haut, plié, de l'estomac reste encore dans le thorax. Après discussion sur l'origine de l'hémorragie persistante on en conclut que l'estomac ectopique saigne en raison d'un mécanisme pathogène qui n'est pas éclairci. On procède à la réintervention par voie thoracique gauche, on défait la funduplicature et on réintègre l'estomac à l'abdomen en le fixant suivant la technique d'Allison. Le saignement s'arrête et le malade est rétabli deux mois et demi après l'opération.

SUMMARY

Interesting observation in the surgical treatment of an esophageal hiatal hernia.

A patient with a sliding esophageal hiatal hernia with chronic digestive bleeding was operated upon by an abdominal approach, with Nissen's technique of fundoplication. His symptomatology of gastroesophageal reflux disappeared, but the bleeding persisted. A roentgenologic control showed that the plicated upper end of the stomach remained in the thorax. The authors discuss the origin of the persisting hemorrhage, concluding that the ectopic stomach was bleeding by a still obscure pathogenic mechanism. The patient was re-operated upon by a left thoracic approach; the fundoplication was undone and the stomach was replaced in the abdomen, fixing it according to Allison's technique. The bleeding was arrested and the patient was in good conditions two months and a half after surgery.

DISCUSION

DR. LORENZO MÉROLA.—De acuerdo con lo que ha sido comentado, daría la impresión que el Nissen, sin tratar la posición distópica y extraabdominal del cardias y sin cerrar el diafragma, es una mala operación.

Reoperé a una enferma intervenida por un colega que había hecho muchos Nissen y comprobé: 1º) que el Nissen se había prácticamente deshecho, en este

caso el vaivén seguramente (porque era evidente durante el acto operatorio que si uno movía el estómago salía como un émbolo de la cavidad herniaria), había deshecho la sutura gastrogástrica a la derecha del esófago y había transformado el Nissen en una especie de lámina fibrosa que recorría la cara derecha y un poco las caras anterior y posterior del esófago; 2º) como aspecto funcional, que tenía anemia y tenía de nuevo esofagitis por reflujo.

Es interesante que si historiamos en los últimos años el problema de la hernia hiatal, vemos que el título de los trabajos cambia: primero todos se llaman "hernia hiatal"; después pasan a llamarse "esofagitis por reflujo". Y es prácticamente el mismo tema, o casi el mismo tema. Me parece que como los péndulos siempre tienden a ir al medio después de oscilar entre los dos extremos, nos vamos a quedar en el futuro con que tenían su parte de razón los que trataban a la hernia como hernia y tenían su parte de razón los que trataban a la esofagitis como reflujo. Porque no se puede trabajar independientemente, separar y tratar como hernia sola o como reflujo solo; así, me da la impresión que se fracasa.

DR. WALTER SUIFFET.—Cada vez que se habla de hernia hiatal y de su tratamiento quirúrgico, aparecen todas las consideraciones y los problemas que crea su cirugía y las opiniones respecto a las diversas técnicas que se han utilizado. Hemos dicho muchas veces que la prueba de las dificultades que hay en el tratamiento de la hernia hiatal, son las numerosas técnicas que se han descrito y se siguen describiendo, siendo defendidas apasionadamente por cada uno de aquellos que describen sus procedimientos.

Tenemos una posición ecléctica en el tratamiento quirúrgico de la hernia hiatal, pero nos vamos a referir al caso presentado en particular.

El paciente sangraba antes de la primera operación; dejó de sangrar después de ella durante dos años y ahora lleva unos meses de operado después de la segunda operación. De manera que tenemos que ver si el tiempo no da un mentís a la solución del problema de este enfermo, el cual es muy difícil saber por qué sangraba. Para responder a la pregunta concreta del Dr. Arpayoglou diremos que cuando nos hizo el honor de pertenecer al cuerpo técnico de nuestra clínica, conocí perfectamente bien este problema, y vio que los enfermos se operaban con la técnica de Nissen, y no observó ninguna complicación.

En el trabajo presentado aquí hace tres años (ver *Cirugía del Uruguay*, 42: 236-243, 1972), hay 16 observaciones, del total de 64, en las que se realizó la funduplicación. Se operaron luego 25 casos más de hernia hiatal. No tengo exactamente discriminados los casos de funduplicación que se agregan a la estadística anterior. De manera que debe haber más de 22 casos de funduplicación simple, sin asociarle la gastropexia anterior de Nissen. En esos 22 casos no hemos visto accidentes de ninguna naturaleza, salvo tres casos de disfagia transitoria. Todos los enfermos corrigieron el reflujo, se terminaron sus síntomas, no tienen ninguna patología y están perfectamente bien. De los 16 del año 1970, se controlaron 13 solamente. Los últimos fueron controlados todos. No hay ningún problema en su evolución.

Hacemos una primera pregunta. En la primera operación. ¿Qué hallazgos y qué constancias operatorias hay respecto a las características del hiato? Porque eso es lo que nosotros creemos que es importante. No se

puede elegir la funduplicación como procedimiento sistemático para toda hernia hiatal. Creemos, lo hemos dicho y estamos de acuerdo con el Dr. Mérola, que la hernia hiatal con esofagitis por reflujo, hay que tratarla como una hernia para combatir el reflujo y la esofagitis. Si no se puede tratar como hernia, porque el orificio esofágico del diafragma es imposible de ser cerrado, cosa que sucede muy frecuentemente, hay que recurrir a métodos antirreflujo aislados. En aquellos en que existen malformaciones o deformaciones adquiridas en la columna, este enfermo la tiene en la radiografía de perfil, donde el hiato esofágico es muy grande, no es posible hacer ninguna de las técnicas de reparación ni abdominal, ni torácica que sea efectiva. Hemos visto que casi todas las funduplicaciones penetran en el tórax, pero si el orificio hiatal es de 8 a 10 cms., indicación que consideramos precisa para la funduplicación, no pasa absolutamente nada si entra y sale del tórax.

Si el cirujano adopta este procedimiento de elección para todos los casos y teniendo un hiato esofágico perfectamente reparable por medios quirúrgicos, hace la funduplicación, entonces no entra nada, o entra parte o entra todo, pero entonces aparece lo que se termina de decir aquí. Es decir, el roce permanente o la compresión de la funduplicación con anillo frénico pequeño con la aparición de todos los problemas que crea esta operación. Por otra parte lo que decimos se puede leer en los trabajos originales de Nissen; el propio autor hace todas estas observaciones.

Habría que ver si en la primera operación el hiato era amplio o no; y saber por qué se utilizó la técnica de Nissen mixta abandonada por el propio autor (funduplicación y gastropexia anterior). La imagen radiológica después de operado, no es la imagen de la funduplicación típica. Tampoco comprendo cómo la imagen radiológica de la funduplicación mostraba una hernia mixta, porque después que tiene una funduplicación ya no se puede clasificar en hernias del hiato de ascenso y/o de rotación, sino que es una entrada al tórax de la masa de funduplicación. Posiblemente la gastropexia anterior haya favorecido la producción de la entrada al tórax de la gruesa tuberosidad remanente, después de la funduplicación. Si no, es difícil comprender cómo teniendo una funduplicación, se puede producir una rotación del estómago para entrar en el tórax. El enfermo hasta ahora no ha vuelto a sangrar, quiere decir que esto soluciona la situación. La causa del sangrado es imposible saberla, pero es probable que haya habido compresión total o parcial por el vaivén respiratorio y digestivo de la funduplicación. Otra consulta son los hallazgos operatorios de la segunda operación. Si en realidad había solamente una funduplicación o si había una rotación; si estaba o no alterada la gastropexia anterior y si se conservó o no se conservó. Otra pregunta que nosotros hacemos: la exploración operatoria del gastroduodeno a través del abordaje transtorácico de la técnica de Allison, no creo que sea exhaustiva. La técnica de Allison maneja una frenotomía para poder descender la hernia y traer el esófago hasta delante, pero por ahí no se puede hacer exploración de gastroduodeno. De manera que consulto para saber cómo se exploró el gastroduodeno, que permita decir que no había lesión ulcerosa asociada, muy frecuentemente causa de hemorragia.

Este es un problema eterno y la solución es muy interesante. Es útil de que sean traídos a esta Sociedad para poder hacer algún comentario sobre esto.