

# Hernia hiatal estrangulada

## A propósito de una nueva observación

Dr. Roberto Luis Estrugo

Se presenta un nuevo caso de hernia hiatal estrangulada, variedad vólvulo gástrico.

El tratamiento debe ser siempre quirúrgico pese a la mejoría y aún desaparición sintomática por la introducción de una sonda nasogástrica.

Se destacan aspectos técnicos de valor en el sondaje nasogástrico así como detalles quirúrgicos en la liberación de la bolsa gástrica mediastinal. Creemos que estas maniobras permitieron una solución quirúrgica satisfactoria.

*Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:* Diaphragmatic hernia.

Se presenta un nuevo caso de hernia diafragmática estrangulada, no traumática.

Las comunicaciones nacionales previas son 3 y corresponden a: 1) una revisión de las diferentes variedades de hernia diafragmática estrangulada (8); 2) un caso de hernia del hiato de Bochdalek estrangulada en adulto, a contenido multivisceral: colon, estómago y bazo (3); por último una comunicación nuestra en 1972 sobre hernia hiatal estrangulada a contenido gástrico (4).

### OBSERVACION CLINICA

Emilia B. de L. 63 años, casada. CASMU. 648.203.

Enviada por médico el 12-V-77 por cuadro agudo de abdomen.

Vista por nosotros, encontramos una paciente que comienza 72 hs antes con intenso dolor, permanente con exacerbaciones tipo cólico, intolerable, que le hacen flexionar el dorso y adoptar la posición mahometana.

Concomitantemente ha presentado estado nauseoso con vómitos oscuros, sin bilis, con sangre digerida. No ha expulsado gases ni materias fecales en las últimas 24 hs. La repercusión hemodinámica se ha manifestado por sed, oliguria, mareos, palpitations.

No presenta elementos dispépticos previos, sólo existe un sufrimiento esporádico de su fosa iliaca izquierda con dolor, constipación y sensación febril en varias oportunidades.

Al ingreso la paciente también se quejó de dolor a nivel de la fosa iliaca izquierda.

*Examen:* lúcida apirética. P.A. 160-120, taquicardia, palidez, cianosis periférica. Temp. ax. 36°C, lengua seca, pliegue cutáneo algo perezoso.

*Abdomen:* distendido a nivel de epigástrico e hipocondrio izquierdo, se moviliza poco con la respiración. No hay cicatrices operatorias.

A la palpación, el epigastrio se halla ocupado, es tenso, elástico, intensamente doloroso. Estos caracteres se aprecian hasta el ombligo dejando libre el hipocondrio derecho.

La percusión muestra macidez, se ausculta un solo ruido hidroaéreo con timbre metálico que evoca el sonido de las obstrucciones intestinales. No se palpan visceromegalias, Traube ausente, resto del abdomen sin particularidades.

*Cardiovascular:* tonos bien golpeados, algo desplazados a derecha. 100 pulsaciones por minuto.

*Pleuropulmonar:* a la auscultación escasos estertores crepitantes de ambas bases. Resto del examen son normales.

*Diagnóstico clínico primario:* síndrome oclusivo alto, se plantea la posibilidad de una oclusión estrangulación por vólvulo de intestino delgado alto o una hernia diafragmática estrangulada, esto último recordando un caso similar de hace tres años.

*Radiología simple de abdomen* muestra nivel hidroaéreo a nivel de epigastrio e hipocondrio izquierdo, gran opacidad en hemiabdomen superior que desplaza los gases colónicos hacia abajo.

*Radiología simple de tórax* muestra otra imagen hidroaérea enorme sobremontando y rebasando la imagen cardíaca. Con esto se establece definitivamente el diagnóstico de hernia diafragmática estrangulada a contenido gástrico.

El estudio contrastado esofágico muestra un afinamiento y stop esofágico, no hay pasajes de Hypaque al estómago, 2) desplazamiento esofágico hacia la izquierda por cámara hidroaérea torácica retrocardíaca bien demostrado por la radiografía de perfil de tórax, 3) desplazamiento mediastinal a derecha.

Luego de reposición hidrosalina intensa se decide la intervención.

El lapso entre nuestra primera observación de la paciente y la intervención fue de 3 horas.

*Intervención:* Exploración a través de una mediana supraumbilical. Gran tumefacción de aspecto quístico que abarca todo el hemiventre superior que corresponde a estómago dilatado de color blanco-grisáceo, con gran tensión, de paredes afinadas. Se llega con dificultad al hiato esofágico que tiene 8 por 6 cms. de diámetro a través del cual se introduce parte del estómago.

Se logra hacer pasar contenido del sector torácico estrangulado a la bolsa inferior introduciendo un dedo entre el hiato y el estómago con lo que se libera

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 9 de noviembre de 1977.

Residente de Cirugía del M. S. P.

Dirección: Rivera 5716. Montevideo. (Dr. R. Estrugo).

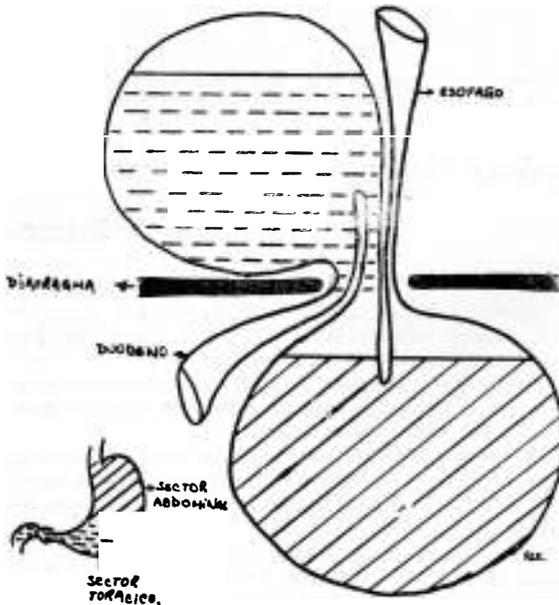


FIG. 1.— Representación esquemática de la observación clínica.

y reintegra al abdomen la porción distal de cuerpo gástrico, antro, píloro y primera porción móvil de duodeno.

En ese momento el anestesista puede pasar la sonda nasogástrica que estaba detenida en el esófago inferior supradiafragmático.

Se evacúan 4 litros de líquido color rojo vinoso, a continuación se produce una retracción de las paredes gástricas con recoloración franca de las mismas. Se secciona el ligamento triangular del lóbulo izquierdo del hígado que se reclina a derecha. Cierre del hiato con 5 puntos de borde a borde, el último tomando cara anterior de esófago.

Se realiza gastropexia anterior sobre pequeña curva. Cierre por planos. La exploración del resto del abdomen mostró enfermedad diverticular del colon descendente y sigmoides.

**Postoperatorio:** Las primeras 48 horas muestran una paciente calmada, que tolera líquidos fraccionados por vía oral. La aspiración por la sonda nasogástrica muestra escaso líquido oscuro, por lo que se comienza con lavados gástricos con agua helada e instilación de antiácidos.

Al día siguiente vienen además por la sonda nasogástrica filamentos oscuros que pueden corresponder a restos de muco. Dado que expulsa gases se retira la sonda nasogástrica al 4º día.

Alta al 8º día en buenas condiciones clínicas. El gastroduodeno de control muestra esófago algo distendido, derrame a nivel mediastinal donde estaba alojada la bolsa gástrica superior, ausencia de hernia hiatal con cámara gástrica subdiafragmática.

Controlada en consultorio no muestra sintomatología digestiva alta.

El estudio de colon por enema confirmó el hallazgo operatorio de enfermedad diverticular del colon topografiado en el colon descendente y sigmoides causante de empujes de diverticulitis similares al del in-

greso, probablemente causante de la hipertensión abdominal precursora de la estrangulación de la hernia diafragmática.

## COMENTARIOS

Se trata del tercer caso de hernia hiatal estrangulada a contenido gástrico publicado en nuestro medio. La primera observación corresponde a la serie de Suiffet y Priario (8). Se trataba de una paciente con muy mal estado general que fallece antes de realizar alguna actitud terapéutica. La necropsia mostró: reumoperitoneo a tensión; peritonitis difusa; perforación gástrica por diastasis en cara posterior de gran tuberosidad; hernia del hiato esofágico conteniendo parte del estómago.

La siguiente, fue una observación nuestra publicada en 1973 (4): paciente de edad portadora de una hernia hiatal por deslizamiento, estrangulada con gran bolsa torácica que evolucionó favorablemente con el tratamiento quirúrgico.

La hernia hiatal estrangulada de la presente observación fue de la variedad volvulación gástrica.

Desde el punto de vista patogénico, se trata de un vólvulo gástrico realizado según el eje mesentéricoaxial como esquematiza en su trabajo Sellors y Papp (7). Dicho eje es perpendicular al eje mayor gástrico. La producción del vólvulo según este mecanismo justifica que no existiera dentro del tórax gran epiplón y/o colon.

Por el contrario, lo que se había herniado hacia el tórax era todo el sector distal gástrico, píloro y porción móvil del duodeno, con gran horizontalización del pedículo hepático.

Según Beardsley (1) este mecanismo es menos frecuente que el anterior.

Blatt (2) dice que para que se produzca esta situación es necesario que exista una movilidad exagerada del órgano.

El estómago proximal a la torsión, o sea el fundus gástrico, en posición subdiafragmática, se distiende en forma marcada.

El estómago distal, en el mediastino, puede distenderse por la constricción del sector eferente, como sucedió en nuestro caso.

La circulación del segmento estrangulado es a menudo seriamente agravada por la torsión, por la presión de los bordes del anillo y por la marcada distensión la que lleva a la formación de dos grandes bolsas gástricas. Una es habitualmente mayor, subdiafragmática, otra menor mediastinal retrocardíaca.

Habitualmente el episodio agudo es consecuencia del aumento de presión intraabdominal que en nuestros dos casos, pensamos pudo deberse a un empuje agudo de su enfermedad diverticular del colon.

En este caso el diagnóstico clínico se sospechó, previo al estudio radiológico, por varios síntomas que conforman la tríada de Borchard y Lenormant: 1) vómitos ineficaces; 2) dolor epigástrico permanente; y 3) imposibilidad de pasaje de la sonda nasogástrica.

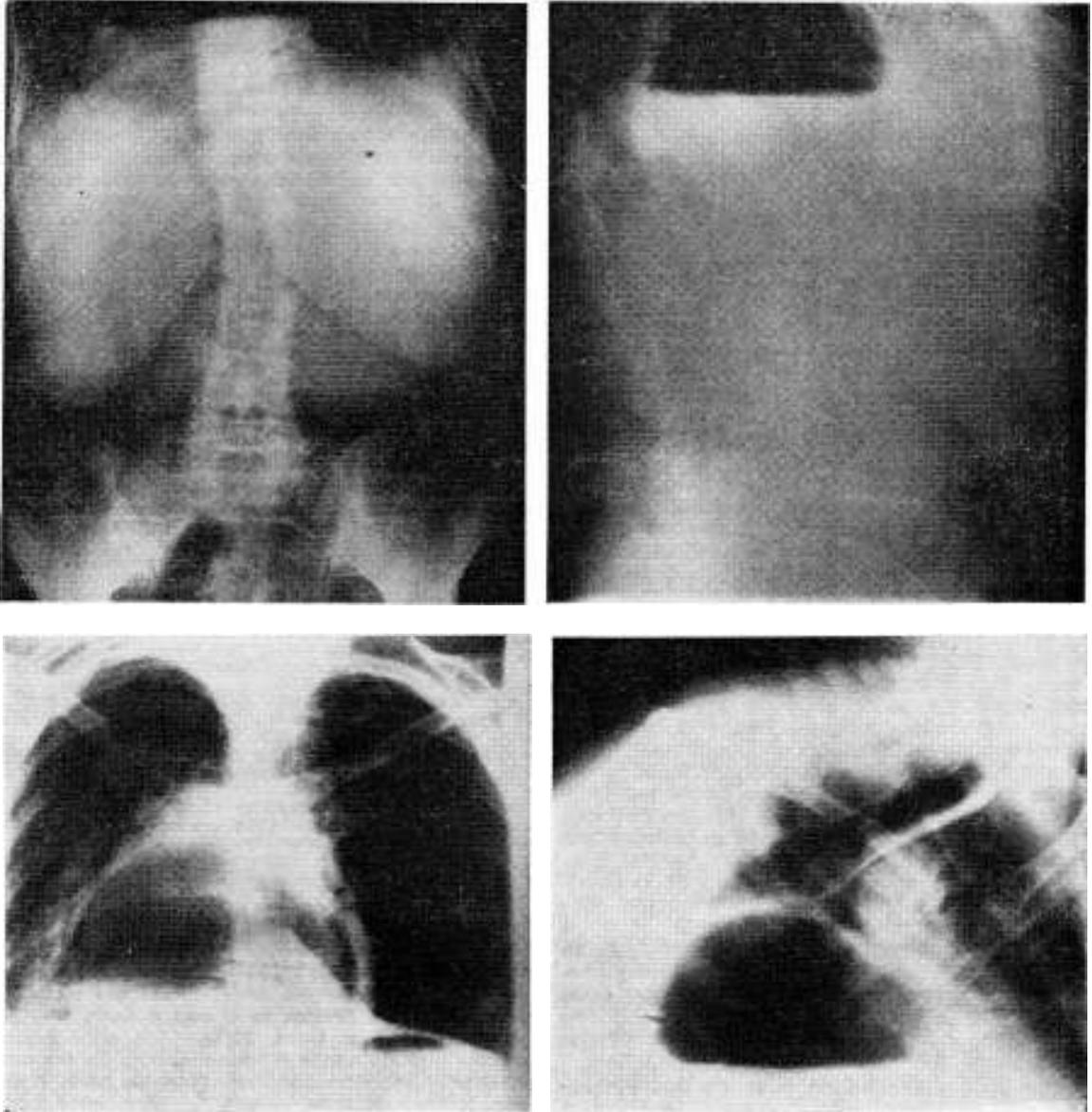


FIG. 2.—Radiografía N° 1 (arriba izquierda): Enorme opacidad centroabdominal con una burbuja aérea y un nivel torácico. La opacificación corresponde al sector gástrico proximal enormemente distendido. Radiografía N° 2 (arriba derecha): Abdomen, perfil. Visualización de nivel hidroaéreo correspondiente al sector gástrico distal torácico retrocardíaco (mediastino posterior). Radiografía N° 3 (abajo izquierda): Tórax, mostrando gruesa burbuja retrocardíaca (sector gástrico distal, intratorácico), asimismo se visualiza subdiafrágica izquierda un nivel hidroaéreo correspondiente a la bolsa gástrica abdominal. Radiografía N° 4 (abajo derecha): Tórax, perfil con una inclinación de 45°, se aprecia un nivel hidroaéreo y el esófago (con sustancia yodada en su interior) desplazado.

El examen físico mostró que existía una distensión del hemiventre superior y ruidos hidroaéreos con timbre metálico.

También el recuerdo de nuestro caso anterior coadyuvó al diagnóstico.

La radiología simple y contrastada confirmaron el diagnóstico con todos los signos ya descritos en publicaciones anteriores.

La actitud terapéutica debe ser precoz y basarse, como dice Suiffet en tres pilares: reposición precoz, decompresión digestiva y tratamiento quirúrgico.

En nuestro caso la sonda nasogástrica no logró pasar al estómago por la compresión que sobre el esófago ejercía la bolsa gástrica mediastinal.

Para evitar el traumatismo y/o perforación esofágica eventual debe intubarse el paciente bajo pantalla radioscópica con sonda radioopaca. Esto es lo ideal, pero no siempre realizable.

Creemos importante, asimismo, que el material de la sonda sea blando y que la introducción de la sonda sea realizada por el mismo cirujano.

La degravitación total por la sonda nasogástrica no pospone la intervención como propone Larson (5). Sólo se mejoran las condiciones generales y favorecen las maniobras quirúrgicas.

La suspensión de la operación puede dejar evolucionar lesiones parietales irreversibles que conduzcan a la gangrena y perforación.

El abordaje debe hacerse por laparotomía en primera instancia, por medio de una mediana supraumbilical con eventual resección del apéndice xifoides.

La exploración determinará la actitud a tomar. Lo primero es degravitar el estómago; según Patel (6) la decompresión por la sonda y la curarización y consecuente relajación diafragmática permite la introducción de uno o más dedos en el hiato esofágico. Esta maniobra evita la sección diafragmática y permite la conducción de la sonda nasogástrica.

En nuestro caso luego de introducir el índice derecho en el hiato pasó contenido de la bolsa mediastinal a la subdiafragmática disminuyendo la compresión esofágica. Este hecho permitió la introducción de la sonda al estómago por parte del anestesista con la consiguiente evacuación gástrica (4 litros). Esta maniobra que facilita enormemente el resto de la intervención no siempre puede realizarse en cuyo caso se practicará una gastrotomía evacuadora, ésta se aprovechará para dejar una gastrostomía temporaria.

A continuación se hará el balance lesional. La no viabilidad llevará a la resección gástrica con anastomosis y gastrostomía.

Si no es necesaria la resección gástrica se degravitará, reducirá la hernia y cerrará el defecto con fijación subdiafragmática del estómago.

En casos críticos no se debe perder tiempo en el cierre del defecto diafragmático.

Pese a la gravedad de estos pacientes creemos que un tratamiento quirúrgico enérgico y precoz abatirá las altas cifras de morbimortalidad con que están gravados.

## RESUME

### Hernie du hiatus étranglée

On présente un nouveau cas d'hernie du hiatus esophagique étranglée, variété volvules gastrique.

Le traitement doit toujours être chirurgical malgré l'amélioration et aussi la disparition des symptômes par l'introduction d'une sonde gastrique.

On souligne les aspects techniques de valeur de l'intubation gastrique ainsi que les détails chirurgicaux dans la libération de la bourse gastrique dans le médiastinum.

Nous croyons que ces manoeuvres ont permis une solution chirurgicale satisfaisante.

## SUMMARY

### Strangled hiatus herniation

The paper refers to one more case of strangled hiatus herniation, of the gastric volvulus variety.

Treatment should always be surgical, regardless of improvement and even disappearance of symptoms brought about by introduction of a nasogastric catheter.

The author dwells on some valuable technical aspects of nasogastric catheterization and on surgical details involved in the liberalization of the mediastinal gastric bursal and expresses his belief that these manoeuvres made possible a satisfactory surgical solution.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BEARDSLEY JM and THOMPSON WR. Acutely obstructed hiatal hernia. *Ann Surg*, 159: 49, 1964.
2. BLATT E, SCHENEIDER H, WIOT J and FELLSON B. Roentgen findings in obstructed diaphragmatic hernia. *Radiology*, 79: 648, 1962.
3. CASTIGLIONI JC y BELLOSO GARCIA R. Hernia del hiato de Bochdalek estrangulada en el adulto. *Cir Urug*, 43: 310, 1973.
4. ESTRUGO RL y PRIARIO JC. Hernia hiatal estrangulada. *Cir Urug*, 43: 313, 1973.
5. LARSON N, LARSON R and DORSEY JM. Mechanism of obstruction and strangulation in hernias of the esophageal hiatus. *Surg Gynecol Obstet*, 119: 835, 1964.
6. PATEL J, HILLEMANN P et CORMIER JM. A propos des hernies hiatales étranglées. *Arch Mal App Dig Nutr*, 49: 689, 1960.
7. SELLORS H and PAPP C. Strangulated diaphragmatic hernia. With torsion of the stomach. *Br J Surg*, 43: 289, 1955.
8. SUIFFET W y PRIARIO JC. Hernias diafragmáticas estranguladas. (Variedades no traumáticas). *An Fac Med*, Montevideo, 49: 14, 1964.

## DISCUSION

DR. CENDÁN — La hernia tipo rolling puede adoptar dos tipos, uno es la rotación siguiendo un eje transversal del estómago, que sería el caso que acaba de presentar el Dr. Estrugo, en el cual el antro y el píloro estaban en el tórax. El otro tipo es el rolling siguiendo el eje mayor del estómago que en ese caso arrastra el colon transversal y el epiplón hacia el tórax. Nosotros tenemos un caso de rolling vertical con estrangulamiento del estómago y del colon transversal metido dentro del orificio herniario.

DR. MARELLA.— Nosotros tuvimos un enfermo de más de 80 años que había comenzado con un cuadro doloroso de epigastrio y retroesternal y que fue etiquetado como infarto de miocardio. Fue estudiado y se descartó el infarto de miocardio. Como tenía muchos vómitos y persistía el cuadro tuve oportunidad de verlo y al internarlo, le pasé una sonda nasogástrica y tuvo una hematemesis. Entonces lo llevé a la pantalla de Rayos X y pude ver radioscópicamente una imagen aérea retroesternal, con lo que tomé una placa y vi una imagen similar a la que recién el Dr. Estrugo mostró pero más pequeña. Lo intervino, y tenía una hernia parahiatal estrangulada con rotación hacia la izquierda, la cúpula gástrica estaba en el tórax. La reducción no tuvo problema, el hiato fue reparado, pero el enfermo evolucionó mal, posiblemente ahí jugó

papel preponderante la pérdida de tiempo que hubo en el diagnóstico de infarto de miocardio que demoró más de 24 horas la etapa diagnóstica.

DR. SUIFFET.—Los comentarios demuestran que estas observaciones siempre son de sumo interés, sobre todo por la infrecuencia y las dificultades que pueden existir en el diagnóstico y los problemas tácticos terapéuticos. Estamos de acuerdo con que las hernias hiatales de ascenso, excepcionalmente tienen alguna complicación de tipo estrangulamiento. La observación que el Dr. Estrugo relató es una observación muy particular porque era una hernia hiatal de ascenso. Se trataba de un paciente que luego de una enorme ingestión de alimentos y bebidas gaseosas hizo una enorme distensión del estómago. La necropsia reveló que tenía, aparte de la complicación perforativa con enfisema retroperitoneal y peritonitis por perforación, una verdadera perforación diastásica del estómago encarcelado dentro del tórax, pero no había un factor grande de encarcelamiento. Las hernias que se estrangulan son fundamentalmente las hernias paraesofágicas de las variedades que el Dr. Estrugo mencionó y que han sido comentadas también. Lo más frecuente es la rotación organoaxial, la que produce el estrangulamiento. Es un estrangulamiento que altera al estómago en dos sectores: en la cúpula gástrica, que está ya dentro del saco y la zona antro-píloro-duodenal que rota en forma organoaxial y que está comprendida dentro del saco. De modo que hay una verdadera U o V del estómago alrededor del eje órgano-axial con compresión de

los dos sectores comprendidos dentro del saco de la hernia paraesofágica. El diagnóstico preoperatorio es difícil pero conociendo el problema y con estudios apropiados puede efectuarse. En la observación que está publicada en nuestro trabajo es exactamente igual la radiografía, sobre todo en el perfil, se ve que la sonda gástrica no penetra el estómago. La vía de abordaje constituye un problema que no vamos a discutir porque es muy complejo. Hay que tener mucho cuidado con las maniobras y es preferible antes de realizar maniobras de liberación a nivel del orificio herniario, hacer la evacuación del estómago, porque si no se pueden producir desgarros en esa zona que pueden dar lugar a dificultades en su reparación.

La punción y la evacuación del estómago para poder desgravitar por lo menos el sector abdominal que queda comprendido puede ser de utilidad. Al disminuir la tensión de ese sector, se pueden manejar con más facilidad los sectores que están involucrados dentro de la bolsa herniaria.

El caso es muy interesante y es uno más en la casuística y demuestra también el problema de pronóstico que tiene esta situación, porque a pesar de que se haga el diagnóstico en la forma adecuada, que se opere correctamente, siempre tienen un curso complejo y una mortalidad elevada.

DR. ESTRUGO.—Sólo me resta agradecer a los con-socios, a los Dres. Cendán, Marella y Suiffet por sus aportes y comentarios.