

Hernia parahiatal estrangulada a contenido vólvulo gástrico

Dres. Aníbal Vázquez ¹, Jorge Santandreu ¹, Luis Perrone ²

Resumen

Se trae a consideración un caso de hernia parahiatal estrangulada cuyo contenido corresponde a un vólvulo gástrico mesentérico axial parcial anterior.

El mismo se presentó en una paciente de sexo femenino de 64 años. Comenzando el cuadro con dolor abdominal epigástrico y de hipocondrio izquierdo, vómitos posprandiales inmediatos que le aliviaban el dolor. Se interpretó como un cuadro de estenosis gastroduodenal.

Mantuvo en la evolución retención por la sonda nasogástrica y realizando el diagnóstico la endoscopia siendo corroborado luego por la radiología contrastada de esofagogastroduodeno.

Se realizó tratamiento de descompresión digestiva, rehidratación parenteral y reducción quirúrgica del contenido herniario y cierre del orificio herniario abandonando el saco intratorácico. La paciente tuvo buena evolución.

Palabras clave: Hernia parahiatal. Terapia. Hernia parahiatal. Complicaciones. Vólvulo gástrico.

Summary

The author presents a case of strangulated para-hiatal hernia whose content corresponded to an anterior partial axial mesenteric gastric volvulus which appeared in a 64 year old female. Clinical features consisted of epigastric and left hypochondrium abdominal pain and immediate postprandial vomiting which relieved pain. This was interpreted as a case of gastroduodenal stenosis. In the evolution retention through nasogastric sound was sustained; diagnosis was made by endoscopic means and confirmed with contrast radiology of esophagogastroduodenum. Treatment consisted of digestive decompression, i/v rehydration and surgical reduction of herniary content; closing of herniary orifice with intrathoracic abandonment of sacculle, with good evolution.

Trabajo de la Clínica Quirúrgica "1" Hospital Pasteur Profesor Director Dr. Gonzalo Estapé.

1. Residentes de Clínica Quirúrgica "1". 2. Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica "1".

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 15 de agosto de 1993.

Correspondencia: Dr. Aníbal Vázquez. Hospital de Clínicas. Piso 4. Avenida Italia s/n. Biblioteca SCU. Montevideo, Uruguay.

Introducción

Se trae a consideración la observación clínica de una hernia parahiatal no traumática en un adulto, complicada con una estrangulación a contenido de vólvulo gástrico.

Dada su excepcionalidad consideramos de interés la discusión de sus aspectos clínicos, diagnósticos y conducta terapéutica.

Historia clínica

64 años, sexo femenino, labores, Montevideo. Hospital de Clínicas.

Motivo de ingreso: vómitos.

Comienza 3 días antes del ingreso con vómitos de alimentos intermitentes, abundantes, posprandiales inmediatos, acompañados de dolor epigástrico tipo cólico sin irradiaciones, que calma con vómitos.

Sin distensión abdominal. No hematemesis, ni melenas. Desde hace meses ha presentado episodios de vómitos de alimentos posprandiales acompañados de dolor epigástrico sin ritmo ni periodicidad.

Dispepsia hipoesténica de larga data. Herniorrafia inguinal derecha hace 11 años. Sin antecedentes familiares a destacar.

Examen físico

Obesa, hábito pícnico, eupneica, sin cianosis. Deshidratación leve. Cardiovascular y pleuropulmonar sin particularidades.

Abdomen: en batracio, herniorrafia inguinal derecha continente, duele intensamente a la palpación de hipocondrio izquierdo y epigástrico; no clapoteo ni bazuqueo; traube conservado; ruidos hidroaéreos de tono y timbre normal.

Evolución

Interpretada en principio como síndrome de estenosis gastroduodenal, se le coloca sonda nasogástrica que aspira 1000 ml de líquido de retención gástrica.

Se instala hidratación por vía parenteral y tratamiento médico en base a anti H2.

Manteniendo retención gástrica de 1000 ml mejora subjetivamente y se le solicitan estudios paraclínicos.

A las 48 horas la paciente se saca la sonda nasogástrica y reinstala al día siguiente el cuadro de dolor epigástrico intenso, vómitos de líquido amarronado.

Se recoloca la sonda nasogástrica y se aspiran 2000 ml de líquido ya referido.

Se realiza fibrogastroscofia urgente que informó: mucosa esofágica erosionada en toda su longitud. A nivel parahiatal se observa mucosa antral, no se logra llegar con el instrumental al píloro ni al duodeno; en suma: vólculo de estómago a confirmar por estudio radiológico.

Esofagogastroduodeno contrastado: se confirma la existencia de vólculo gástrico sin pasaje distal.

Una vez confirmado el diagnóstico, se repone a la enferma desde el punto de vista hidroelectrolítico y se interviene de urgencia.

Se realiza laparotomía mediana supraumbilical, encontrándose a la exploración un vólculo de estómago mesentérico-axial anterior parcial contenido en una hernia parahiatal.

Se reduce manualmente el mismo, el estómago es viable, se encuentra orificio parahiatal izquierdo con saco peritoneal intratorácico retrocardíaco. Gran laxitud de ligamentos y mesos.

Se cerró el orificio diafragmático con puntos separados de lino abandonando el saco vacío.

La paciente evolucionó bien en el posoperatorio, toleró la vía oral al segundo día de posoperatorio.

Se realizó tránsito esofagogastroduodenal al sexto día de posoperatorio que mostró cardias en posición normal, forma y posición de cuerpo y antro normales.

En los controles clínicos realizados en el restante año de evolución ha permanecido sin sintomatología digestiva alta y con buena tolerancia a la vía oral.

Comentario

Se presenta un nuevo caso de hernia diafragmática estrangulada no traumática, cuya peculiaridad reside en la asociación de dos entidades patológicas tales como la hernia parahiatal estrangulada y su contenido de vólculo gástrico.

La hernia parahiatal ocurre por el pasaje de vísceras abdominales al tórax a través de un orificio neumatoentérico no obliterado (1).

Por otro lado el vólculo gástrico, variedad patológica también infrecuente, es en esta patología diafragmática donde se observa con mayor asiduidad ya que el cardias está en su topografía normal fijado a los pilares que le sirven de apoyo para su desplazamiento como eje ayudado por la distorsión de los medios de fijación del estómago (2-4).

En su rotación desplaza la curvatura mayor, se in-

vierte y lleva el píloro hacia el sector cardial por delante del fundus gástrico, quedando así el antro gástrico dentro del tórax y el resto del estómago en posición subfrénica y por dentro del saco hemiario (2-4).

Los factores determinantes que se inculpan en el desencadenamiento de este episodio agudo están en el ascenso brusco de la presión intraabdominal (ingesta copiosa, esfuerzo de vómitos o a glotis cerrada, en procesos catarrales respiratorios) (5).

Observamos en nuestro caso un vólculo gástrico mesentérico-axial parcial anterior, habiendo realizado el rolling hacia el tórax el sector distal gástrico (antropilórico) y el sector móvil del duodeno con un gran desplazamiento del pedículo hepático (6,7).

Resulta evidente que para que se produzca este mecanismo es necesaria una exagerada movilidad del estómago y duodeno, muchas veces atribuida a la hiperlaxitud ligamentosa o falta de acolamientos o a ambas.

El sector distal del estómago intratorácico se distingue en este caso debido a que el obstáculo se encuentra a nivel antropilórico o duodenal, a la salida del mismo, provocada por el anillo de estrangulación diafragmático y favorecido por la rotación visceral (4,5).

Para los vólculos asociados a una patología diafragmática Doutrée realizó una clasificación evolutiva y pronóstica que incluye desde el ascenso gástrico intermitente (estadio 1) hasta la estrangulación (estadio 4) pasando por la encarceración y obstrucción (estadios 2 y 3 respectivamente) (8,9).

Spiliopoulos sintetizó dicha clasificación clínica en dos estadios, precoz y tardío, que se corresponden con el 1-2 y 3-4 de la clasificación antedicha (9).

Nuestra paciente presentó episodios dolorosos y de vómitos que precedieron al cuadro actual y que cedieron espontáneamente pudiendo interpretarse los mismos como estadios 1 y 2 de la clasificación. Encuadrándose el episodio final en un estadio 4.

En cuanto a los estudios paraclínicos, la radiología simple y el estudio contrastado con bario son la base del diagnóstico. Este último confirma el diagnóstico y permite aclarar patología asociada (4,5,7,10).

Pensamos que la endoscopia, si bien algunos autores la consideran contraindicada es de indudable importancia en el diagnóstico cosa que queda demostrada en nuestro caso en particular donde hizo el diagnóstico.

Con respecto a la conducta terapéutica. Esta se basa en tres pilares fundamentales. Decompresión digestiva. Reposición hidroelectrolítica. Tratamiento quirúrgico (5-10).

La sonda nasogástrica permite aliviar la distensión del órgano y sus consecuencias.

La reposición hidroelectrolítica dirigida a compensar las pérdidas generadas por la formación de un tercer espacio y por los vómitos.

En cuanto al tratamiento quirúrgico, es la única solución definitiva para esta entidad patológica ⁽⁵⁾.

Destacamos que debe ser precoz a fin de evitar las lesiones evolutivas generadas por la hipertensión endoluminal y la compresión por la zona de estrictura ⁽¹⁻¹⁰⁾

Fundamentalmente consiste en la reducción del contenido herniario, valoración de la vitalidad del órgano comprometido actuando en consecuencia sobre el mismo.

Peritonización de zonas traumatizadas o depulidas, resecciones parciales limitadas o subtotales cuando las lesiones son más acentuadas y llegando a la gastrectomía total en excepcionales casos de necrosis amplia ⁽⁵⁾.

En nuestro caso ni se planteó la posibilidad dadas las condiciones de vitalidad del estómago comprometido.

El cierre del orificio herniario se puede realizar acompañado o no por la resección del saco herniario intratorácico, en nuestro caso sólo realizamos el cierre simple del orificio.

En vólvulos idiopáticos y en ausencia de necrosis, el estómago devolvulado debe ser fijado (gastrope-xia) para evitar recurrencias ⁽³⁾.

Maingot propone suturar en toda su extensión los ligamentos gastrocólico y gastroesplénico al peritoneo parietal anterior.

Nosotros no realizamos esta fijación dado que consideramos que en la base de todo el proceso está el defecto diafragmático y que una vez cerrado el mismo se anulan los factores predisponentes.

Hemos dejado de efectuar la gastrope-xia anterior porque en nuestra experiencia la evolución no ha sido satisfactoria.

Bibliografía

1. **Larre Borges U et al.** Patología de esófago, hernia parahiatal. Patología Quirúrgica (tomo 4) Montevideo: 1988: Librería Médica.
2. **Sellors P.** Stangulated diaaphragmatic hernia with torsion of stomach. Br J Surg 1955; 43:289-92.
3. **Estrugo R.** Hernia hiatal estrangulada a propósito de una nueva observación. Cir Uruguay 1978; 48:175-9.
4. **Estrugo R, Priario.** Hernia hiatal estrangulada. Cir Uruguay 1973; 43: 313-5.
5. **Suffet W, Priario.** Hernias diafragmáticas estranguladas. An Fac Med (Montevideo) 1964; 49:14-34.
6. **Castiglioni JC, Estapé G.** Vólvulo agudo del estómago. Cir Uruguay 1972; 42: 413-23.
7. **González J, Gómez G, et al.** Vólvulo gástrico. Aportación de un nuevo caso, revisión de la literatura. Rev Esp. Enf. Ap. Digest. 1989; 75: 59-62.
8. **Doutrée L, Périssat J et al.** Le volvulus intratoracique de l'estomac dans les hernies hiatales. Ann Chir 1977; 31: 511-24.
9. **Spillopulus A et al.** Diagnostic precoce du volvulus intratoracique de l'estomac. Ann Chirurg 1979; 33: 785-90.
10. **Olmedo M et al.** Hernia diafragmática congénita posterolateral derecha. Cir Uruguay 1984; 54: 285-88.