

# Hernia diafragmática postesofagectomía transhiatal. Una complicación excepcional

Dres.: Nicolás Oddone<sup>(1)</sup>, Fernando Quiró Saldaña<sup>(2)</sup>, Fabio Crocci<sup>(3)</sup>,  
Eduardo Henderson<sup>(4)</sup>, Oscar Balboa<sup>(5)</sup>

## Resumen

La hernia diafragmática postesofagectomía transhiatal es una complicación excepcional, esto se debe a la escasa supervivencia a largo plazo de los cánceres de esófago y a lo oligosintomático del cuadro, hecho que dificulta su diagnóstico.

Existen pocas comunicaciones en la literatura de habla inglesa al respecto. No encontramos publicaciones en nuestro medio.

La resección circunferencial del hiato (realizada en los tumores de 1/3 inferior esofágico) crearía una mayor predisposición para la aparición de esta complicación en los enfermos sometidos a esofagectomía transhiatal.

Clínica Quirúrgica "3". (Dir. Prof. Dr. O. Balboa) Facultad de Medicina. Hospital Maciel y Departamento de Cirugía del CASMU.

La radiología de tórax puede ser diagnóstica, pero son la tomografía axial computada y el estudio contrastado de intestino los que confirman el diagnóstico. El tratamiento se reserva para aquellos enfermos con distress respiratorio importante y complicaciones agudas como la oclusión intestinal.

La mortalidad es elevada especialmente si se presenta una complicación aguda, disminuyendo notoriamente si se realiza diagnóstico y tratamiento precoz.

## Palabras clave:

Hernia diafragmática  
Esofagectomía

Presentado en la Sesión Científica de la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 22 de octubre de 2003.

<sup>(1)</sup> Residente de Clínica Quirúrgica "3"

<sup>(2)</sup> Asistente de Clínica Quirúrgica "3"

<sup>(3)</sup> Profesor Agregado de Clínica Quirúrgica "1"  
Cirujano del CASMU

<sup>(4)</sup> Profesor Agregado de Clínica Quirúrgica "3"

<sup>(5)</sup> Profesor de Clínica Quirúrgica "3"

Jefe del Depto. de Cirugía del CASMU

Correspondencia: Dr. Nicolás Oddone

Simón Bolívar 1543 Montevideo - Uruguay

e-mail: noddone@adinet.com.uy

## Abstract

Post transhiatal esophagectomy diaphragmatic hernia is an exceptional complication due to the poor survival in the long term of esophageal cancers and oligosymptomatic picture, which renders its diagnosis difficult.

*There are few papers in English literature with respect to this condition. We have found none in our mediæ.*

*Circumferential resection of hiatus (performed in tumors in the lower third segment of esophagus) would give rise to a higher predisposition for the onset of this complication in patients which have been subject to transhiatal esophagectomy.*

*Thoracic X-rays may achieve diagnosis, but those that confirm it are CT and contrast intestine scanning. Treatment is reserved for those patients with important respiratory distress and acute complications such as intestinal occlusion.*

*Death rate is high particularly when there is an acute complication but it is markedly reduced if there is early diagnosis and treatment.*

**Key words:**

*Hernia, diaphragmatic  
Esophagectomy*

**Introducción**

La hernia diafragmática postesofagectomía transhiatal es una complicación poco frecuente, esto se debe a la escasa sobrevida a distancia de los cánceres de esófago y a lo oligosintomático del cuadro, hecho que dificulta su diagnóstico.

La resección circunferencial del hiato crearía una mayor predisposición para la aparición de esta complicación en los enfermos sometidos a esofagectomía transhiatal.

La radiología de tórax puede ser diagnóstica, pero son la tomografía axial computada y el estudio contrastado de intestino los que confirman el diagnóstico. El tratamiento se reserva para aquellos enfermos con distress respiratorio importante y complicaciones agudas como la oclusión intestinal.

La mortalidad es elevada especialmente si se presenta una complicación aguda, disminuyendo notoriamente si se realiza diagnóstico y tratamiento precoz.

No encontramos publicaciones en nuestro medio, existen 18 casos publicados de esta complicación en la literatura de habla inglesa. Ocho de estos casos fueron detectados en el postoperatorio

inmediato, mientras que los restantes diez fueron diagnosticados en el seguimiento, entre los 3 meses y los 7 años después de la cirugía.

Se presenta y discute el caso clínico de un paciente de 82 años operado 7 años antes realizándosele una esofagogastrectomía subtotal por vía transdiafragmática con reconstrucción del tránsito mediante esofagogastrostomía cervical por adenocarcinoma de unión gastroesofágica, que es intervenido con diagnóstico de oclusión intestinal constatándose una oclusión de delgado en una hernia diafragmática izquierda. Se realizan consideraciones acerca del tratamiento, evolución y epidemiología de esta rara complicación.

**Caso clínico**

Hombre, 82 años con antecedentes personales de hipertensión arterial tratada y controlada, insuficiencia cardíaca crónica compensada, neoplasma de la unión esófago-gástrica (adenocarcinoma sin ganglios positivos) hace 7 años que motivó la realización de una esofagogastrectomía subtotal por vía transdiafragmática con reconstrucción del tránsito mediante esofagogastrostomía cervical.

Consulta por un cuadro de filiación digestiva de una semana de evolución caracterizado por dolor abdominal, distensión y vómitos. Concomitantemente presentaba desde hace 48 horas detención del tránsito digestivo para materias y gases.

Del examen físico se destacaba: vigil, bien orientado en tiempo y espacio, regular estado general. Palidez cutáneomucosa. Abdomen: Distendido, depresible, sin dolor a la palpación, timpánico, ruidos hidroaéreos aumentados en timbre y frecuencia. Tacto rectal: Ampolla vacía y Douglas indoloro.

Se hizo diagnóstico de oclusión intestinal. La radiografía de simple de abdomen confirmó el planteo clínico. El enfermo fue coordinado para realización de laparotomía exploradora.

Se realizó incisión mediana suprainfraumbilical, hallándose en la exploración asas delgadas

distendidas con sufrimiento crónico. Se identifica el nivel de la oclusión en el tórax, a través de una hernia diafragmática izquierda. Se realizó derivación interna mediante anastomosis láterolateral de delgado entre asas distendidas y asas chatas en dos planos con sutura corrida de material reabsorbible.

En el postoperatorio se realizó radiografía de tórax que mostró una imagen hidroaérea en hemitórax izquierdo, presumiblemente asas intestinales.

La tomografía axial computada tóracoabdominal y el colon por enema confirmaron la presencia de intestino delgado y colon en el tórax.

El paciente tuvo una buena evolución postoperatoria otorgándose el alta sin complicaciones.

## Comentarios

La hernia diafragmática postesofagectomía transhiatal es excepcional, su incidencia es de 2-4%<sup>(1)</sup>. No hay cifras publicadas en nuestro medio. Es una complicación que puede ser fatal si se produce estrangulación y perforación intestinal con una mortalidad del 20-80%. Si se realiza diagnóstico precoz la mortalidad es del 10%.<sup>(2)</sup>

Para la realización de la esofagectomía sistemáticamente realizamos una frenotomía medial amplia, para poder explorar y disecar la mitad inferior del esófago, desde la cara posterior del pericardio a la aorta y lateralmente hasta la pleura, incluyendo en muchos casos la pleura izquierda en forma rutinaria, con lo que se consigue un vaciamiento ganglionar de la zona.

La resección circunferencial del hiato es de necesidad en aquellos tumores que se encuentran a ese nivel para poder pasar por tejido libre de neoplasma.

Al finalizar la operación se hace una aproximación del diafragma pero siempre queda una amplia brecha que permite el pasaje sin dificultades de la plastia utilizada.

Esta cirugía crea condiciones favorecedores para la migración visceral al tórax siendo el corazón el principal elemento que se opone a la misma.

En el trabajo de Van Sandick<sup>(1)</sup> en el cual se analizan 219 enfermos que fueron sometidos a esofagectomía transhiatal, se encontró que aquellos enfermos a los que se le realizó además la resección circunferencial del hiatus (tumores del tercio inferior del esófago torácico) tenían una mayor predisposición para la aparición de hernia diafragmática. No tuvieron valor para ser considerados como factores predisponentes en dicha serie, el sexo, la edad, el tipo de plastia utilizada, el estadio del cáncer o la vía de abordaje (transtorácica o transhiatal).

El cuadro clínico de esta complicación es heterogéneo, no existiendo manifestaciones específicas que nos permitan realizar un diagnóstico precoz. El alto índice de sospecha es capital para objetivar esta complicación en tiempo y forma. Entre los síntomas descritos se encuentran: distress respiratorio, dolor angor símil, anemia, derrame pleural, oclusión intestinal, así como un amplio espectro de otros síntomas abdominales. Muchas veces cursan asintomáticas, siendo hallazgos radiológicos en el seguimiento<sup>(1, 2, 3, 4)</sup>.

La radiografía de tórax puede evidenciar nivel hidroaéreo intratorácico, atelectasia del lóbulo inferior del pulmón afectado, derrame pleural y pérdida del contorno diafragmático.

La tomografía axial computarizada y el estudio radiológico contrastado de intestino confirman el diagnóstico.

La resolución espontánea no ocurre. Los pacientes asintomáticos se manejan en principio con controles evolutivos y conducta expectante.

De existir complicaciones como por ejemplo la restricción respiratoria por la presencia de vísceras abdominales en el tórax o la oclusión intestinal como en el caso presentado, se impone la resolución quirúrgica. Esta debe intentar reducir el contenido herniario y reparar la brecha diafragmática.

## Bibliografía

- (1) Van Sandick JW, Kneigiens JL, Van Lanschot JJB, Ober-top H. Diaphragmatic herniation following oesophagec-tomy. *Br J Surg* 1999; 86: 109-12.
- (2) Alvarez R, Funke R, Seguel E. Hernia diafragmática en esofagectomía transhiatal. *Rev Chilena de Cirugía* 2001; 53: 390-2.
- (3) Delgado J, Ramirez A, Molina M. Hernia diafragmática tras esofagectomía transhiatal. *Rev Esp Anestesiología Re-anim* 2000; 47: 317-9.
- (4) Franceschi A, Mariette C, Balon JM, Fabre S, Triboulet JP. Diaphragmatic hernia after esophagectomy : 2 case re-ports and review of the literature. *Ann Chir* 2002; 127(1): 62-4.
- (5) Hamaloglu E, Topologlu S, Torer N. Diaphragmatic her-niation after transhiatal esophagectomy. *Dis Esophagus* 2002; 15: 186-8.
- (6) Choi Y. Diaphragmatic hernia after Ivor-Lewis esopha-gectomy manifested as gastrointestinal bleeding. *Am Surg* 2001; 67(1): 30-2.
- (7) Heitmiller RF, Gullinov AM, Jones B. Transhiatal her-niation of colon after esophagectomy and gastric pull up. *Ann Thorac Surg* 1997; 63(2): 554-6.
- (8) Cordero JA, Moores DW. Thoracic herniation of the tran-sverse colon after transhiatal esophagectomy. *J Thorac Cardiovascular Surg* 2000; 120(2): 416.
- (9) Gollub MJ, Balus MS. Herniation of the transverse co-lon after esophagectomy. Is retrocardiac air a normal postoperative finding? *AJR Am J Roentgenol* 1997; 169(2): 481-3.
- (10) Balazs A, Forgacs A, Hautner L. A case of unusual com-plication of diaphragmatic herniation of the transverse colon following transhiatal esophagectomy. *Orv Heitl* 1997; 138(40): 2535-8.
- (11) Reich H, Lo A, Harvey J. Diaphragmatic hernia follo-wing transhiatal esophagectomy. *Scan J Thorac Cardio-vascular* 1996; 30(2): 101-3.