

SEGUNDO CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGIA

Sesión de temas libres y mesas redondas

SECCIONAL DE APARATO DIGESTIVO Y ABDOMEN

SECCIONAL DE CIRUGIA PLASTICA

SECCIONAL DE MIEMBROS Y NEUROCIRUGIA

SECCIONAL DE CABEZA, CUELLO Y TORAX

SECCIONAL DE ANESTESIOLOGIA

SECCIONAL DE UROLOGIA

•

Viernes 7 de diciembre

Hora 10.30

Seccional de aparato digestivo y abdomen

Coordinador: Dr. Martín Miqueo Narancio

HERNIAS DEL HIATO ESOFAGICO DEL DIAFRAGMA

Dr. Julio C. Barani

(Especialista en Endoscopia Peroral)

El radiólogo Ackerlung clasificó las hernias del hiato esofágico en tres tipos (fig. 1).

Tipo I. El esófago no es de largo suficiente para que su extremidad inferior llegue al abdomen. El estómago penetra en el tórax (*esófago corto*, figs. 1, 2, 2').

Tipo II. El esófago es de longitud normal y su extremidad inferior está colocada por debajo del diafragma; una porción del estómago se ha herniado por el hiato esofágico (*hernia paraesofágica*, figs. 1 y 6).

Tipo III. El esófago tiene una longitud normal pero está colocado por encima del diafragma y parte del estómago también por encima del diafragma (*hernia gastroesofágica*, figs. 1 y 7).

Hernia hiatal tipo 1 ó esófago corto.

En este tipo de hernia el esófago no es de largo suficiente para que su extremidad inferior llegue al abdomen; el estómago penetra en el tórax.

Dentro de este grupo de las hernias hiatales tipo I ó esófago corto, se encuentra el esófago corto congénito caracterizado, según Resano (J. Horacio Resano, "Consideraciones endoscópicas sobre el esófago corto congénito", Rev. Arg. de Broncoesofología, julio 1946, año II, vol. 2, n° 1, pág. 28), por una anomalía de longitud del esófago torácico que es más corto que lo normal; una mala posición del estómago, ocupando parcial o totalmente

la cavidad torácica, existiendo groseras anomalías vasculares del estómago y una arquitectura normal del hiato esofágico del diafragma.

Lo sorprendente del esófago corto congénito es que siendo una malformación embrionaria puede comenzar a dar síntomas en cualquier edad y especialmente y, por razones desconocidas, después de los cincuenta años, es decir, en la edad del cáncer del esófago.

¿Cuál es la causa de la disfagia en los esófagos cortos con-

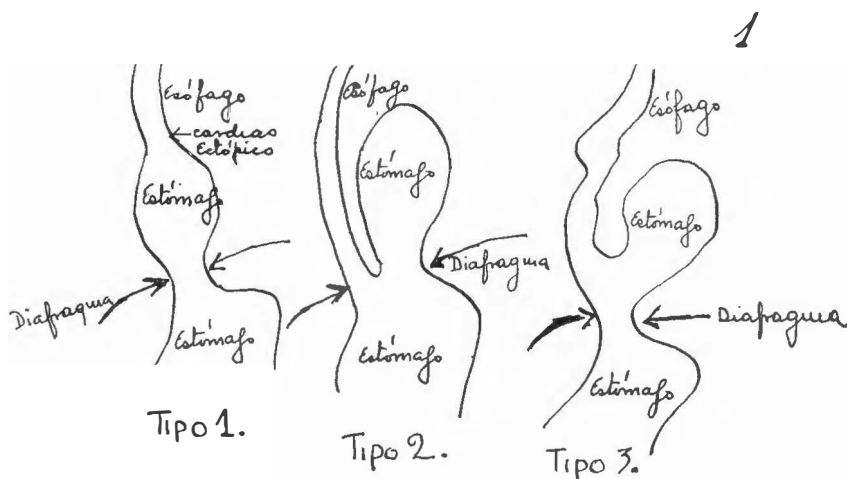


FIG. 1. — Hernias del hiato esofágico del diafragma según Ackerlung.

génitos? Dice J. Horacio Resano (“Consideraciones diaquísticas sobre nueve pacientes con esófago corto congénito”, Arch. Arg. de Enf. del Ap. Dig. y de la Nutrición. Julio 1945, T. XX, n° 4, pág. 312): de los tres componentes del esófago corto congénito (esófago corto, bolsa gástrica intratorácica y cardias ectópico) no pueden motivar disfagia la anomalía en longitud y el tamaño de la bolsa gástrica intratorácica. Los operados de cáncer de esófago, a quienes se reseca el esófago, y todo el estómago es llevado dentro del tórax, no tienen disfagia. La causa de la disfagia está en el cardias ectópico y podrían ser debidas a perturbaciones funcionales, ulceraciones traumáticas o pépticas, estrechez fibrosa o una neoplasia.

¿Cuáles son los caracteres de la disfagia en un esófago corto

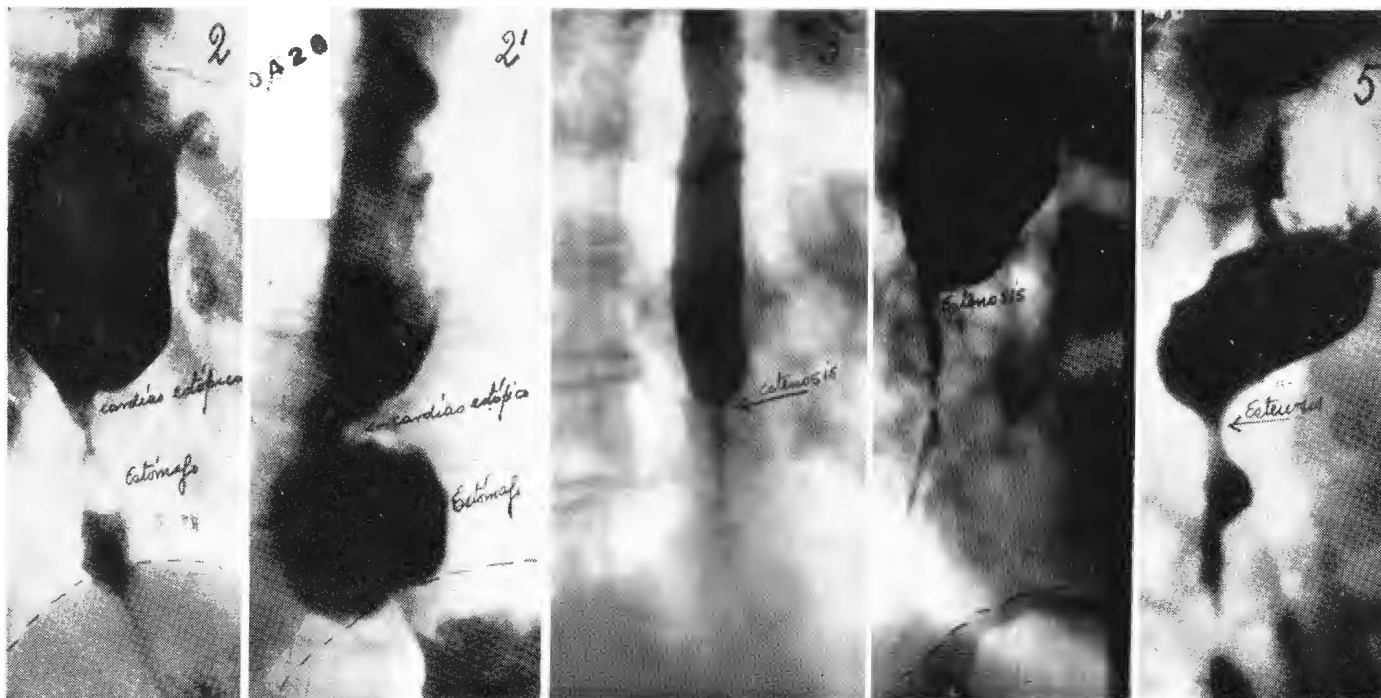


FIG. 2. — Esófago corto de un niño. FIG. 2'. — Corresponde a una mujer de 65 años; desde hace meses disfgia, buen estado general. La esófagoscopia mostró un cardias ectópico situado a 34 centímetros de la arcada dentaria, sin lesiones orgánicas. Se trataba de un esófago corto, cuyo cardias ectópico era asiento de trastornos funcionales. Desaparecieron con dilataciones. FIG. 3. — Cierre casi total de un cardias ectópico estenosado. La estenosis total del cardias ectópico es una de las complicaciones de los esófagos cortos. Este enfermo tiene una gastrostomía. FIG. 4. — Estenosis congénita de esófago que comenzó a dar sintomatología al iniciarse la alimentación con semisólidos y sólidos. FIG. 5. — Estenosis congénita de esófago que comenzó a dar síntomas en la edad adulta.

congénito cuyo cardias ectópico tiene trastornos funcionales o ulceraciones o estenosis fibrosas?

Cuando un niño, que toma líquidos sin dificultad, al ingerir semisólidos o sólidos, tiene disfagia, es decir, debe tragarlos en pequeñas cantidades, lentamente y después de larga masticación, se debe pensar en una estrechez. Si se hace un examen radiológico, en algunos casos, mostrará una imagen radiológica semejante a la de la fig. 2); cuando el esófago corto comienza a dar síntomas en la edad adulta (fig.2'), aunque no se pueda, en la

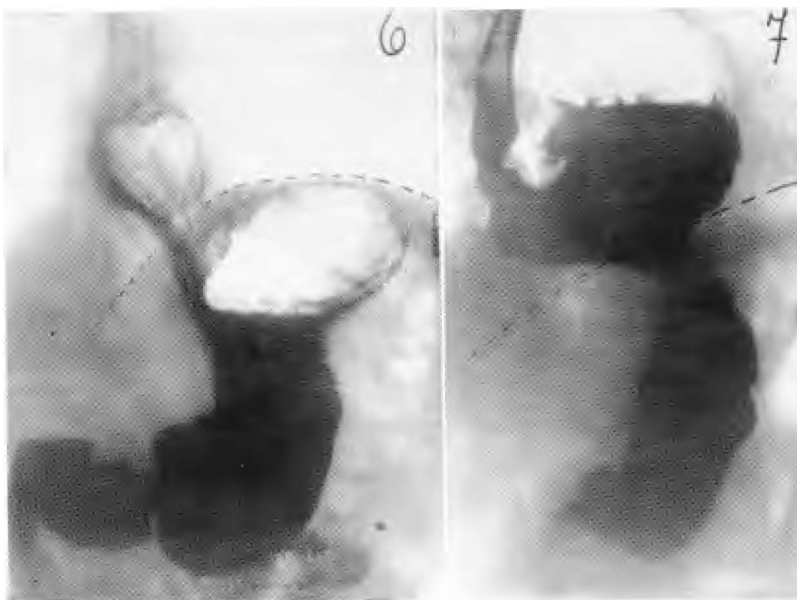


FIG. 6. — Hernia hiatal, tipo II o paraesofágica. FIG. 7. — Hernia hiatal, tipo III o gastroesofágica.

mayoría de los casos, hacer un diagnóstico diferencial entre los caracteres de la disfagia de un esófago corto congénito y la del cáncer, estará a favor de la disfagia del esófago corto congénito el buen estado general y la disfagia de larga duración (meses o años).

¿Qué se observa, en la esofagoscopia, en los casos de perturbaciones funcionales, ulceraciones traumáticas o pépticas, estenosis fibrosas o neoplasias de los cardias ectópicos de los esófagos cortos congénitos?

Estas lesiones funcionales u orgánicas asientan en el cardias ectópico, es decir, en el sitio donde termina el esófago y comienza el estómago. Considerando que, en general, la distancia entre la arcada dentaria y el cardias en un adulto es de cuarenta centímetros, en los esófagos cortos tendremos que encontrar el cardias unos centímetros antes. Si la lesión es funcional no se verá ulceraciones ni cicatrices y solamente se observará la transición entre la mucosa blanquecina del esófago y la roja del estómago; en caso de lesión orgánica, ulceraciones, fibrosis o neoplasia, se verá una lesión que en último término la biopsia dirá sobre su verdadera naturaleza.

¿Qué diagnóstico diferencial se puede plantear con la estenosis congénita y con las hernias hiatales, tipo II o III.

Las estenosis congénitas de esófago son estenosis de nacimiento y situadas en pleno esófago. La sintomatología es la misma que en el esófago corto congénito. La disfagia puede aparecer en un niño que toma los líquidos sin dificultad, pero tiene disfagia para los semisólidos o sólidos. Un examen radiográfico mostrará una estenosis a la altura de la bifurcación traqueal, sitio típico de las estenosis congénitas (fig. 4); la esofagoscopia confirmará el diagnóstico al mostrar mucosa esofágica por encima y por debajo de la estenosis. Pero es necesario conocer que aunque las estenosis congénitas, en general, se ponen de manifiesto en la niñez, es frecuente que los síntomas no se presenten hasta mucho más tarde. Puede ocurrir que un enfermo nos consulte porque un trozo de carne se le ha quedado detenido en el esófago y al ser interrogado nos diga que “nunca ha podido deglutir con la misma facilidad que los demás”. Extraído el cuerpo extraño, una radiografía muestra una estenosis a la altura de la bifurcación traqueal (fig. 5). Otras veces se trata de enfermos con disfagia, desde hace meses o años, y que comenzó siendo adultos; son también estenosis congénitas que cuando la mucosa del sitio estenosado se edematiza por la inflamación ocasionada por el estancamiento de comida, recién dan disfagia. En cuanto a las hernias hiatales tipo II y III, el radiólogo las estudiará en las diversas posiciones para establecer el diagnóstico diferencial (figs. 6 y 7).

Frente al concepto de que el esófago corto congénito es fre-

cuenta (Resano) Allison (Reflux esophagitis, sliding hiatal hernia, and the Anatomy of Repair. Surg. Gyn. and Obst. April, 1951, vol. 92, 419-431; "Peptic ulcer of the esophagus", Thorax III, 948, vol. 3, n° 1, pág. 20), sostiene que es extremadamente raro (en 204 casos de hernias hiatales dice haber tenido 1 esófago corto congénito) y dice que la mayoría de los llamados esófagos cortos congénitos son hernias de deslizamiento con acortamiento del esófago sobreagregado, ocasionado por la ulceración péptica del esófago seguida de la retracción cicatrizal. Olsen y Harrington (Arthur N. Olsen y Stuart W. Harrington: "Esophageal hiatal hernias of the Short Esophagus Type: Etiologie and Therapeutic Considerations", J. Th. Surg. April 1948, vol. 17, n° 2, pág. 189) dicen que el esófago corto congénito es raro, encontrando en 220 casos de esófagos cortos solamente 9 esófagos cortos congénitos, siendo los otros 211 casos debidos: 40 a etiología desconocida y 171 de aparente etiología (vómitos muy frecuentes, úlcera de duodeno, esofagitis asociada a hernias gastroesofágicas y paraesofágicas, etc.). El factor congénito que interviene es el ensanchamiento del hiato esofágico del diafragma y la debilidad de la membrana esófago diafragmática. En los casos de vomitaciones el esófago corto puede ser debido a intensa esofagitis y ulceración de la parte inferior del esófago, seguido de cicatrización y retracción.

Dey, Trump y Roskelly (Reflex shortening of the esophagus in the experimental animal with the production of Esophageal hiatal hernia", J. Lab. and Clin. Med. 31; 499-506, 1946) han mostrado que las enfermedades de los órganos abdominales superiores pueden ser responsables de espasmo y acortamiento reflejo del esófago.

El conocimiento de estas opiniones sobre frecuencia de los esófagos cortos congénitos y los distintos mecanismos para explicar el origen de los esófagos cortos es importante para poder comprender el tratamiento aconsejado por estos autores.

Hernias hiatales tipo II y tipo III (hernias paraesofágicas y gastroesofágicas).

Estas hernias pueden no dar sintomatología y ser un hallazgo radiográfico. Cuando dan sintomatología, los síntomas se asemejan a los de diversos procesos, una úlcera gastroduodenal,

una colecistopatía crónica, etc. Se les llama, con razón, la “máscara del abdomen superior” (figs. 6 y 7).

¿Cuál es el tratamiento de las hernias del hiato esofágico?

En las hernias tipo II y tipo III (para esofágica y gastroesofágica), cuando es necesario, se debe descender al abdomen el estómago o el estómago y el esófago. En los *esófagos cortos* congénitos, dice Resano, que el tratamiento no debe ser quirúrgico porque lo que produce los trastornos del esófago es la *obstrucción del cardias*, ya sea por espasmo o por estenosis orgánica y, que tanto una como otra, deben ser tratadas por vía endoscópica y debe pasar a manos del cirujano excepcionalmente, cuando se haya agotado toda la terapéutica o cuando se ha injertado una neoplasia”; en cambio, Allison, procede de la siguiente manera: Si la hernia es diagnosticada mientras la inflamación del esófago es aún superficial, puede ser reducida bajo el diafragma, el defecto diafragmático reparado y curarse el esófago. Si la ulceración es crónica o muy extendida, una fibrosis irreparable puede estar presente y el esófago quedará permanentemente acortado y la hernia irreductible. En esta última circunstancia va la resección quirúrgica. Olsen y Harrington no son partidarios de la cirugía y prefieren las dilataciones (de los 220 esófagos cortos hicieron dilataciones en 145; a los 9 esófagos cortos congénitos los trataron con dilataciones, con buen resultado).