

## HERNIA DIAFRAGMATICA

### Discusión

Dr. EMILIO ETALA (Argentina).— Comienzo por felicitar a los participantes en la exposición del tema de hernia diafragmática por sus excelentes contribuciones, y voy a intervenir en esta discusión con un problema de técnica quirúrgica y de indicación de las vías de abordaje.

Con respecto a la técnica quirúrgica, nosotros estamos tanto por la vía abdominal como por la vía torácica.

Creemos, como muy bien dijo el Dr. Larghero, que la indicación se debe hacer mediante un estudio individual de cada paciente, para recién pensar en la vía de abordaje. No creemos que se debe determinar sistemáticamente el abordaje, ya sea por vía torácica o por vía abdominal.

Voy a pasar algunos diapositivos.

Vemos aquí, cuando el abordaje se hace por vía abdominal, hacemos la extirpación del apéndice xifoides. Con este abordaje, que generalmente lo hacemos en un 30 % de los casos, podemos conseguir una vía excelente para hacer toda la intervención sin inconvenientes.

Esta vía de abordaje abdominal la hacemos cuando la vía torácica está contraindicada o cuando la hernia es pequeña.

Aquí vemos una enferma con una úlcera de duodeno, y había necesidad de una operación para tratar la úlcera. Aprovechamos la intervención por vía abdominal para hacer la cura de la hernia y una gastroenterostomía.

### CIERRE DE LA DISCUSION

Dr. ALEJANDRO VICTORICA.— Agradezco a cada uno de los que contribuyeron al relato. En general estamos de acuerdo sobre los síntomas, la etiopatogenia y el tratamiento de las hernias diafragmáticas.

Creo que sólo hay algunas discrepancias y algunas variantes de criterio, sobre todo acerca del problema más candente, que es la vía de abordaje. Sin embargo, creo que no hay fundamentales discrepancias.

Yo había escrito un párrafo, que voy a leer, para tratar de sintetizar y de demostrar que todos estamos de acuerdo: este problema de la vía de abordaje, que ha dado origen a muchas discusiones, creemos que como tantos problemas médicos, se plantea mal.

Me explico: en el momento actual con un estudio radiológico exhaustivo, que permite eliminar la posibilidad de que exista, por ejemplo, una litiasis vesicular o una úlcera gastroduodenal, o una lesión de colon, es posible llegar a un diagnóstico preciso en un gran porcentaje de casos. Estamos lejos de la época en que se hacían muchas laparotomías con diagnóstico dudoso.

En estos casos en que se puede llegar a un diagnóstico exacto y se puede eliminar la existencia de lesiones asociadas, pienso que la vía ideal es la torácica. Hay algo más: creo que las alteraciones de posición del cardias, que son las que permiten que se produzca el reflujo gastroesofágico y su consecuencia, la esofagitis, cuyo mecanismo conocemos bien actualmente, se corrigen a la perfección —y a mi juicio con escaso riesgo— por la vía torácica, en especial el cierre posterior del hiato, sólo es posible realizarlo bien por vía alta.

Es claro que si se tiene el diagnóstico de una asociación con la litiasis vesicular, y se desea tratar esta lesión, el planteamiento del problema cambia; lo que se va a operar es otra cosa: se piensa realizar una colecistectomía y de paso, si acaso, tratar la hernia diafragmática. Lo que se va a operar es otra cosa, como decíamos, y el problema ha cambiado: se va a tratar una lesión netamente abdominal, que es la que explica los sufrimientos del paciente en cuestión.

Yo decía, además, que un ejemplo de esta situación es lo que ha pasado en la Clínica Quirúrgica del Prof. Larghero, cuya estadística me fue proporcionada muy recientemente, donde sobre 30 pacientes operados, 20 lo fueron por vía torácica, 8 por vía abdominal, y 2 por vía combinada. En esta serie existían afecciones asociadas vesiculares o gastroduodenales, que justificaban una exploración y un tratamiento por vía abdominal de estas lesiones.

Además —agrego yo— la experiencia del cirujano y su especialización pueden a veces ser un factor preponderante para decidir sobre la vía de acceso.

Sobre la vía de abordaje, yo conocía que el Prof. Larghero citaba la opinión de De Bakey, que pone un poco en guardia sobre el excesivo entusiasmo de la vía torácica, debido al gran número de lesiones asociadas que se encontraban al operar por vía abdominal. Creo que hay que estudiar bien los enfermos, y estudiándolos bien, repito que creo que se puede llegar a un diagnóstico preciso o bastante exacto.

En lo que se refiere a la incisión que empleó el Dr. Palma, voy a decir que, respetando la opinión de mi amigo el Prof. Palma, me parece un poco exagerada la incisión, y que se pueden obtener los mismos resultados haciendo la operación de que acaba de hablar el Dr. Etala, haciendo la incisión que Waggenstein ha descrito, prolongando la incisión hacia arriba, resecaando el apéndice xifoides y mismo seccionando el esternón en su parte inferior. Con eso se consigue una gran luz y no se precisa, a mi juicio, prolongar la incisión muy abajo.

Al Dr. Boretti le agradezco mucho la contribución que hizo sobre el esófago congénito, porque nos ha enseñado muchas cosas. Yo le había pedido que tratara ese punto, y nos ilustró muy bien con los dibujos en que sintetiza en un solo dispositivo los distintos estados y los diversos momentos.

La contribución que hizo el Dr. Emeric, personalmente no la puedo comentar porque no tengo experiencia sobre ese aspecto. Yo había cambiado ideas con él sobre ese punto, y me había hablado de algunas gráficas que eran, evidentemente, muy demostrativas.

Agradezco a todos las contribuciones y el interés que se han tomado por este trabajo.

Nada más.