

HERNIAS DIAFRAGMATICAS EN EL ADULTO Y EN EL NIÑO

Dr. JUAN JOSE BORETTI.

(Rosario, Santa Fe, República Argentina)

Coincidimos en nuestra experiencia con el señor relator y los señores correlatores de este tema para el 9º Congreso Uruguayo de Cirugía. Los conceptos por ellos vertidos respecto de la hernia por el hiatus esofágico en el adulto, son compartidos totalmente por nosotros, según resulta de nuestra experiencia en el tratamiento y control de 65 hernias hiatales, la mayoría de las cuales han sido intervenidas quirúrgicamente.

Esta experiencia ha quedado expuesta en el relato que sobre el mismo tema hicieramos en colaboración con el Dr. A. J. F. Cesanelli.

Deseamos, sin embargo, aportar algunos conceptos respecto del tratamiento de la hernia por el hiatus esofágico, en el niño. Esta afección adquiere en las edades tempranas de la vida características especiales que la hacen de gran interés para el pediatra, el médico práctico, el endoscopista y el cirujano.

Hemos de reconocer para ellas, vicios de orden congénito como causas patogénicas primarias. La malformación comprende las estructuras anatómicas del hiatus y, de los mesos periesofagogástricos. Hacen posible la traslación del esófago y del cardias hacia el tórax. A veces se agrega como concausa un trastorno en la evacuación gástrica responsable del crecimiento o favorecedor de la complicación.

1) ESOFAGO CORTO CONGENITO

Esta entidad ha de ser forzosamente considerada. Se trata de una afección que sólo puede definirse en términos anatómicos: el esófago no ha sufrido la elongación normal y por lo tanto *retiene* una porción de estómago en posición intratorácica. El estómago ectópico queda desprovisto de peritoneo y recibe su irrigación directamente desde la aorta.

El diagnóstico en estos casos corresponde únicamente al hallazgo anatómico. La signología y la imagen radiológica no son suficientes para justificar su diagnóstico diferencial con otras formas de hernias por el hiatus.

No hemos visto ningún caso probado de esta malformación en nuestros pacientes. Coincidimos en considerarla poco frecuente.

2) HERNIA POR EL HIATUS

Esta afección puede presentarse configurando tres capítulos anatomoclínicos. Cada uno tiene caracteres anatómicos y funcionales propios. A cada cual le corresponde una norma de tratamiento. El pronóstico también los define.

a) *Formas menores* (Calasia).— Se trata de desplazamientos mínimos del cardias que traen aparejado una pérdida del mecanismo de contención esófagogástrica. El defecto anatómico comporta la producción de reflujo gastroesofágico, que se manifiesta en la clínica por un síndrome emetizante que aflige al niño desde recién nacido.

El lactante tiene vómitos alimentarios, con franca relación postural: vomita cuando se le acuesta. No pocas veces se encuentra sangre en el material vomitado. En oportunidades la hemorragia puede ser masiva.

El diagnóstico se hace mediante estudio radiográfico. Pequeñas cantidades de solución de bario permiten documentar con el niño en decúbito dorsal la existencia del reflujo gastroesofágico.

Estas formas pueden evolucionar espontáneamente hacia la curación, pero frecuentemente crecen hasta las formas mayores

o se complican. El crecimiento o la complicación suelen verse favorecidos cuando se agrega un trastorno en la evacuación gástrica.

El tratamiento que corresponde es el médicopostural. Mantenido el niño en posición de semisentado permanente hasta que comience a caminar puede conseguirse hasta un 85 % de curaciones clínicas y radiológicas (Roberts).

b) *Grandes hernias.*— Cuando los defectos congénitos son de tal magnitud que permiten la traslación de porciones mayores de estómago hacia el tórax, quedan constituidas las grandes hernias por el hiatus esofágico. La porción de estómago herniado, cubierta por la serosa peritoneal que arrastra en su deslizamiento, se ubica por razones no conocidas preferentemente, en el hemitórax derecho. Se las conocen también como hernias derechas, hernias mixtas, malposiciones esófagocardiotuberositarias y ectopias gástricas parciales o estómago parcialmente torácico.

La porción gástrica herniada puede comprender la totalidad de la víscera.

La sintomatología responde a la interferencia que la masa herniaria ejerce por sus relaciones con el aparato cardiorrespiratorio. La disnea, la cianosis y los vómitos son más intensos en los períodos postprandiales. El diagnóstico puede sospecharse con muchas posibilidades, cuando se ausculta en la base del hemitórax derecho, ruidos hidroaéricos.

La confirmación se obtiene mediante el estudio radiológico contrastado del aparato digestivo. En esta oportunidad podrá verse un esófago flexuoso desembocando en una porción de estómago en posición intratorácica. El cardias está desplazado hacia arriba y el estómago adopta una disposición que lo hace parecer a la que corresponde a las hernias paraesofágicas.

El tratamiento quirúrgico consigue la curación en estos casos. La intervención queda indicada una vez confirmado el diagnóstico.

El tratamiento quirúrgico es en estos casos, y según nuestro criterio, imperativo. Cura clínica y anatómicamente y pone al niño a resguardo del crecimiento progresivo de la hernia y lo protege contra las complicaciones, entre las cuales las más graves son el estrangulamiento y la bronconeumonitis por aspiración.

c) *Formas complicadas con retracción y estenosis.*— Las consideramos en capítulo especial porque así se presentan en la clínica. Se trata de una complicación capaz de presentarse en la evolución de cualquier hernia hiatal en el niño y a cualquier edad. Por razones que no son conocidas, sólo lo hace en un bajo porcentaje de casos independientemente de la malformación que le precede y de las normas alimentarias del enfermito.

El reflujo gastroesofágico condiciona el establecimiento de un grosero proceso de esofagitis y periesofagitis. La inflamación crónicamente mantenida estenosa la porción terminal del esófago y retrae longitudinalmente al órgano. La mucosa esofágica se exulcera y sangra fácilmente, a veces de manera profusa. La submucosa y las capas musculares se edematizan, de tal forma que el esófago visto en el curso de la toracotomía se presenta suculento. Son este edema y la hipertrofia muscular los que constriñen la luz esofágica que aparece radiográficamente estenosada. La inflamación rebasa los límites del esófago y compromete el tejido adenoconjuntivo mediastinal. El esófago queda incluido en un magma fibroso vascular entre cuyas mallas quedan comprendidos gran cantidad de ganglios hipertrofiados. El todo hace de este proceso una estructura que imposibilita el descenso espontáneo del cardias a la cavidad abdominal.

El niño portador de esta grave complicación, agrega a sus antecedentes de vomitador habitual un nuevo síntoma, la disfagia. Frecuentemente a su estado de desnutrición se suman los signos correspondientes a la anemia que le aflige.

El diagnóstico podrá sospecharse por la imagen radiológica que resulta del examen contrastado. En estos casos a una porción de esófago normal o dilatado sigue una zona de estenosis filiforme a veces y siempre extendida, que termina en el tercio medio del tórax, desembocando en otra zona dilatada que corresponde al estómago herniado.

El estudio endoscópico permitirá visualizar la esofagitis, la estenosis frecuentemente dilatable y por fin la zona de transición esofagogástrica colocada en posición intratorácica. La biopsia de tejido tomado en la bolsa inferior certificará la naturaleza gástrica. Este cuadro clínico radiológico es superponible al que corresponde al esófago corto congénito complicado de manera similar. El diagnóstico diferencial entre ambas afecciones sólo

podrá efectuarse mediante la comprobación anatómica. Dijimos ya que en el esófago corto congénito, el estómago no posee peritoneo y que además se lo encuentra irrigado por vasos que nacen directamente de la aorta.

El tratamiento de esta forma de complicación de la hernia hiatal plantea los más graves problemas de táctica y de técnica. Hasta no hace mucho se consideraron a estas formas como irreductibles, denominándose las, con suma liberalidad, esófagos cortos congénitos. Este diagnóstico fue suplantado en razón de la experiencia obtenida por los hallazgos operatorios, por el de hernia hiatal complicada, en la mayoría de los casos.

Durante mucho tiempo se las consideró también como estenosis congénitas del esófago y fueron tratadas en consecuencia con dilataciones. El tratamiento endoscópico no puede pretender la curación de la afección. Es solamente paliativo de la complicación esofágica. El deslizamiento gástrico y la incompetencia del cardias quedan como tales y permanecen como causa primaria de la esofagitis.

El tratamiento quirúrgico que nosotros hemos efectuado en cinco niños consiste en la reducción de la hernia gástrica, la reposición del cardias en posición ortotópica abdominal y la dilatación en el mismo momento de la intervención mediante bujías elásticas.

El tiempo fundamental del acto operatorio es la liberación amplia que ha de hacerse del esófago hasta el cayado aórtico o más arriba para conseguir elongación suficiente del órgano. Para cumplir con esta maniobra es siempre necesario ligar múltiples pequeños vasos respetando cuidadosamente los nervios vagos. La reducción se consigue mediante frenotomía, según técnica de Allison, a través de la cual se ha de explorar también el píloro y la fijación intraabdominal ha de efectuarse con miras a conseguir una buena reconstrucción funcional del cardias.

En niños muy desmejorados hemos procedido como primer tiempo a efectuar una gastrostomía. Esta intervención disminuye el reflujo y mejora las condiciones locales del esófago, sobre todo si se mantiene al niño semisentado. La alimentación por esta vía permite una más rápida recuperación preoperatoria.

Hemos tenido oportunidad de tratar 15 casos de hernias hiatales en el niño, según resumimos en el cuadro siguiente:

FORMA ANATOMOCLINICA		TRATAMIENTO		RESULTADO	
Formas menores	3 casos	Médico	3	Bueno	3 casos
Grandes hernias	4	Quirúrgico	4	Bueno	4 "
Complicadas	8 "	Endoscópico	3	Mejoria	3 "
		Quirúrgico	5	Bueno	4 "
				Recidiva? ..	1 "