

TRATAMIENTO DE LAS HERNIAS DEL HIATO DIAFRAGMATICO

*Dres. EDUARDO C. PALMA, FREDERICK GIURIA,
FRANCISCO DEL CAMPO y HECTOR TOBLER*

Las hernias del hiato esofágico del diafragma son mucho menos raras de lo que anteriormente se creía. El mejor conocimiento de su patología y sus características clínicas y radiológicas han hecho que se las encuentre hoy en día con relativa frecuencia. Akerlund (1) había llegado a considerar que después de los 60 años ellas pudieran ser casi fisiológicas.

Son las más frecuentes de las hernias diafragmáticas. Harrington (2) en 605 intervenciones por hernia diafragmática, tuvo 489 casos de hernias hiatales.

Un porcentaje importante de estas hernias son asintomáticas y se las descubre de manera accidental en el curso de exámenes radiológicos.

En tanto no originen molestias o complicaciones no deben ser tratadas quirúrgicamente, salvo cuando se trate de niños, o tengan asas delgadas o cólicas en su interior.

Un gran número de estas hernias originan importantes trastornos. El tratamiento médico debe ser aplicado inicialmente en todos los pacientes. Pero los casos con complicaciones o en las que el tratamiento médico ha sido inoperante deben ser intervenidas. La operación es el único procedimiento eficaz para obtener la curación definitiva de estas lesiones y sus complicaciones.

Harrington (2, 3, 4, 5) ha sido un gran propulsor del tratamiento quirúrgico de estas hernias, preconizando la vía de abordaje abdominal, con la que ha obtenido buenos resultados a través de más de treinta años de experiencia.

Posteriormente los trabajos de Sweet (6, 7, 8) y Allison (9, 10) desarrollaron la vía torácica para el abordaje y tratamiento quirúrgico de estas lesiones. Allison recalcó la frecuencia del reflujo gastroesofágico, sus consecuencias patológicas y la importancia de que la operación efectuase la corrección de la disfunción de la unión gastroesofágica, además de realizar la reducción de la hernia y el estrechamiento del hiato. La técnica de Allison, reparando el hiato mediante la sutura de los haces del pilar derecho del diafragma por detrás del esófago, ha tenido una gran difusión, siendo aceptada casi universalmente. En el Río de la Plata, Brea y col. (11) y Armand Ugón (12), son decididos partidarios de utilizar la vía torácica, con la técnica de Allison en el tratamiento de estas lesiones.

Consideramos que el abordaje torácico con técnica de Allison ofrece ventajas muy importantes que deben ser tenidas en cuenta, en el tratamiento operatorio de estas hernias. La cúpula diafragmática es saliente y convexa hacia el tórax, por lo que la vía torácica ofrece al cirujano una gran visibilidad, con un abordaje más directo, amplio, corto y libre de vísceras; esto permite reconocer y disecar el saco, reducir la hernia, examinar ampliamente el esófago, liberar sus adherencias (y tratar sus lesiones si las hubiese), fijar correctamente el ligamento frenoesofágico y suturar los pilares del diafragma por detrás del esófago.

Presenta este abordaje inconvenientes indudables, como son el mayor traumatismo operatorio, la apertura de la cavidad pleural, con sus consecuencias ulteriores de neumotórax residual, derrame y adherencias pleurales, y especialmnete la imposibilidad de examinar correctamente las vísceras abdominales y tratar sus lesiones.

La vía abdominal ofrece ventajas e inconvenientes inversos. Permite explorar las vísceras abdominales y tratar sus lesiones, a la vez que se puede reducir la hernia y cerrar el hiato diafragmático. Tiene la desventaja de ofrecer un abordaje más reducido, más distante, más dificultoso; la presión positiva intraabdominal tiende a mantener las vísceras en la logia subfrénica y obliga a su reclinamiento continuo y forzado durante todo el acto operatorio, lo que constituye un factor traumático no despreciable. Además no puede hacerse la exploración y el tratamiento de las posibles lesiones asociadas del esófago.

El análisis comparativo de los resultados obtenidos personalmente con una y otra vía de abordaje, nos había inclinado decididamente a considerar la vía torácica como la mejor, con ventajas en conjunto superiores a las que ofrecía la vía abdominal

Sin embargo, en este último año, hemos introducido a la técnica por vía abdominal una serie de modificaciones que han reducido grandemente sus inconvenientes y aumentado sus ventajas, hasta hacer que la consideremos actualmente preferible a la vía torácica.

Estas modificaciones son sencillas y fundamentalmente consisten en: a) efectuar un amplísimo abordaje abdominal; b) colocar al paciente en posición inclinada, semivertical; c) eviscerar las asas intestinales.

a) Hemos abandonado el abordaje abdominal mediante incisiones supraumbilicales (mediana, paramediana, oblicua, transversa, subcostal izquierda, etc.).

La incisión abdominal debe ser grande, ofreciendo al cirujano un amplio abordaje, para que pueda realizar correctamente todas las maniobras operatorias, tanto viscerales, como de tratamiento de la hernia.

Preferimos la laparotomía mediana, a la vez infra y supraumbilical, con resección del apéndice xifoides. La incisión abarca desde el xifoides al ombligo, contornea la cicatriz umbilical por la izquierda y se prolonga hacia abajo todo lo necesario, de acuerdo a las necesidades del caso y características del paciente. Es tanto más larga cuanto más obeso es el paciente, más estrecho el tórax y más profunda la logia subfrénica. Si es necesario se la lleva hasta el pubis (fig. 1).

El concepto tradicional de que la laparotomía mediana es una mala incisión, por ser eventrante, ha sido superado. La eventración ocurre solamente cuando supura la pared, la sutura es imperfecta o se dejan interponer haces musculares o tejido célulograsoso (subperitoneal o subcutáneo) entre los bordes de la línea blanca, en el momento de efectuar la sutura. La laparotomía mediana es una excelente incisión, que brinda un abordaje amplio y permite actuar quirúrgicamente sobre casi todas las vísceras y regiones del abdomen.

b) La posición inclinada semivertical es utilísima para el abordaje de la logia subfrénica.

Armand Ugón (13) ya en 1929 había establecido las ventajas de la posición vertical en la cirugía del abdomen superior.

Colocamos el paciente con una inclinación de 45° a 60° sobre la horizontal y la completamos con una lordosis acentuada dorsolumbar, angulando la mesa de operaciones al nivel de las últimas vértebras dorsales (fig. 1 b). De esta manera, una vez



Fig. 1.— a) Línea de incisión b) Posición del paciente.

que se ha hecho una gran laparotomía, ha entrado aire en la región subfrénica y se ha permitido la evisceración de las asas intestinales, el conjunto de las vísceras abdominales desciende por su propio peso, facilitando grandemente la cirugía de las logias subfrénicas.

c) La evisceración parcial de las asas intestinales es otro complemento fundamental de esta técnica.

La laparotomía mediana es abierta ampliamente mediante la utilización de nuestro separador autoestático gigante. La masa de asas delgadas, colon y gran epiplón, sale entonces espontáneamente y por su propio peso fuera del abdomen. Este conjunto visceral es recogido en una "hamaca" formada con una gran compresa húmeda, fijada a los bordes de la herida y que protege a las asas intestinales de la desecación y contaminación, a la vez que las sostiene a mitad del camino de su descenso, impidiendo que tireen o cuelguen de sus mesos (fig. 2 a).

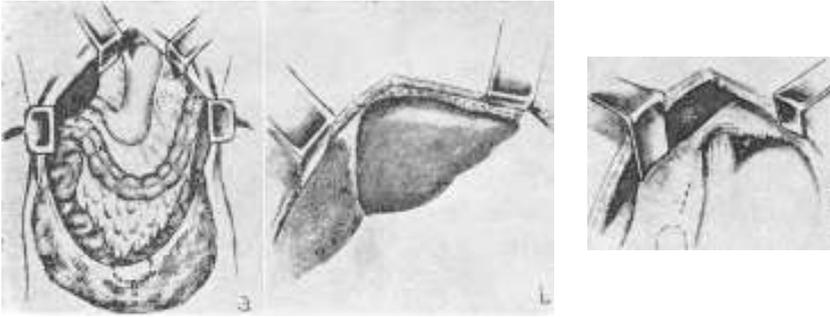


Fig. 2.—a) Separación amplia de los bordes de la incisión de laparotomía mediante el separador gigante. Las asas intestinales evisceradas son recogidas en una "hamaca" protectora. b) Sección del ligamento triangular izquierdo. c) Reclinamiento del lóbulo izquierdo del hígado. Sección del pequeño epiplón y de la zona medial de las adherencias gastrofrénicas.

La evisceración operatoria de esas intestinales no es chocante, como se admite habitualmente como un dogma.

La evisceración operatoria es bien tolerada por los pacientes, siempre que se evite el tironeo de los mesos, la compresión de las vísceras, la desecación, etc.

El cirujano se coloca del lado derecho del paciente, lo que facilita las maniobras quirúrgicas y le permite actuar con sus dos manos en la logia subfrénica y le brinda mejor visibilidad en la profundidad del campo operatorio.

La movilización del lóbulo izquierdo del hígado es esencial. El ligamento triangular izquierdo debe ser seccionado en toda su extensión hasta llegar al ligamento coronario (fig. 2 b). Se reclina luego el lóbulo izquierdo del hígado con un separador amplio, obteniéndose una buena visibilidad del diafragma, del esófago abdominal y del hiatus (fig. 2 c).

El bazo y el ángulo izquierdo del colon no necesitan ser reclinados. Excepto en los casos con esplenomegalia, el bazo y el colon no dificultan la buena visibilidad y el tratamiento de la hernia hiatal.

Efectuada la exploración de la región y el reconocimiento del saco, procedemos a la reducción de la viscera herniada y a

la movilización del esófago. La pars flácida del pequeño epiplón es incindida, lo mismo que la parte medial de la zona de adherencias gastrofrénicas y el mesoesófago abdominal es disociado (fig. 2 c). Esto permite pasar una cinta tractora alrededor de la zona terminal del esófago, facilitándose el descenso de éste y la exposición del hiato. En algunos casos pueden colocarse tres o cuatro hilos tractores en la gran tuberosidad del estómago (fig. 3 a) lo que también facilita el tratamiento de la hernia.

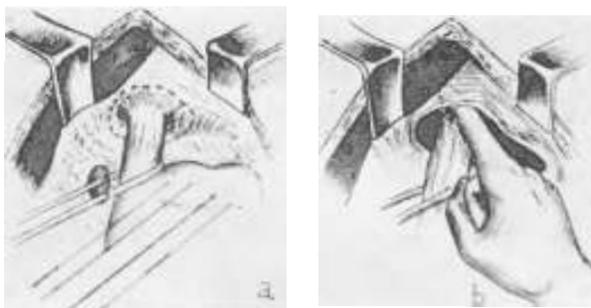


Fig. 3.--a) Reducción de la hernia y reclinamiento de esófago y del estómago. Línea de sección del ligamento frenoesofágico.
b) Liberación del esófago y de los bordes del hiato.

Se incinde el ligamento frenoesofágico de manera circular, conservando un collarete alrededor del esófago. El saco herniario es resecaado en la medida necesaria (fig. 3 a). El dedo índice penetra en el mediastino explorando el esófago en su parte inferior y liberando las adherencias laxas que pudiesen existir (fig. 3 b).

El cierre del hiato se efectúa mediante puntos sueltos que suturan sus labios, tomando, por detrás del esófago los dos haces musculares del pilar derecho del diafragma (fig. 4 a). Cuando el hiato es muy grande, o sus contornos débiles, conviene efectuar su cierre en dos planos (fig. 4 b). Debe dejarse un pasaje diafragmático suficiente, para evitar la estrechez y disfagia postoperatoria, para lo cual es suficiente dejar un espacio equivalente al esófago, más el calibre de un dedo índice.

El diafragma frenoesofágico es suturado luego a la cara inferior del diafragma, junto al hiato (fig. 4 c).

En los pacientes con reflujo gastroesofágico y con ángulo de His abierto, es útil efectuar una pequeña pexia gastroesofágica, mediante la colocación de algunas puntadas con hilo fino entre el esófago y la parte interna de la gran tuberosidad del estómago, de manera de restaurar el ángulo de His, e impedir el reflujo.

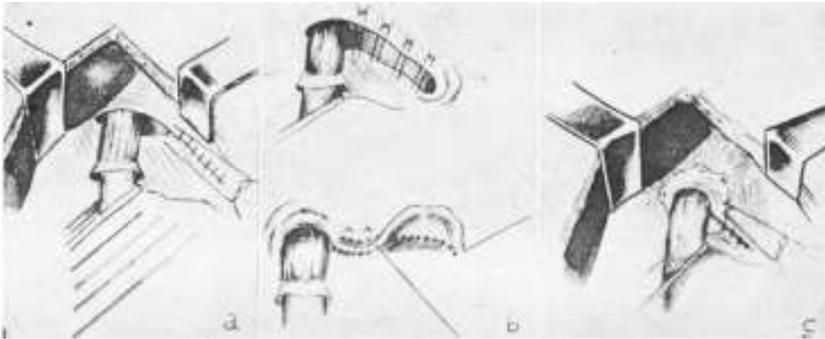


Fig. 4.— a) Sutura en un plano del hiato por detrás del esófago. b) Sutura en dos planos. c) Sutura del ligamento frenoesofágico.

Finalmente se reconstruye la parte dissociada del ligamento gastrofrénico, mediante dos o tres puntadas de hilo fino, que van desde la parte interna y superior de la gran tuberosidad al diafragma.

Actuando con esta técnica la vía abdominal nos ha resultado excelente, desapareciendo gran parte de los inconvenientes que se imputan. El abordaje del diafragma y del hiato es amplio y sin dificultades. Una vez separado el lóbulo izquierdo del hígado, no es necesario efectuar el reclinamiento continuo y forzado de las vísceras abdominales, las que se mantienen fácilmente alejados de la zona operatoria. Toda la intervención puede realizarse con rapidez, precisión y sin traumatismo importante.

Como prueba de las facilidades que brinda esta manera de actuar, citaremos el caso de un paciente de 76 años, con una obstrucción intestinal por adherencias de origen apendicular y una antigua úlcera callosa del estómago, en el que pudimos efectuar

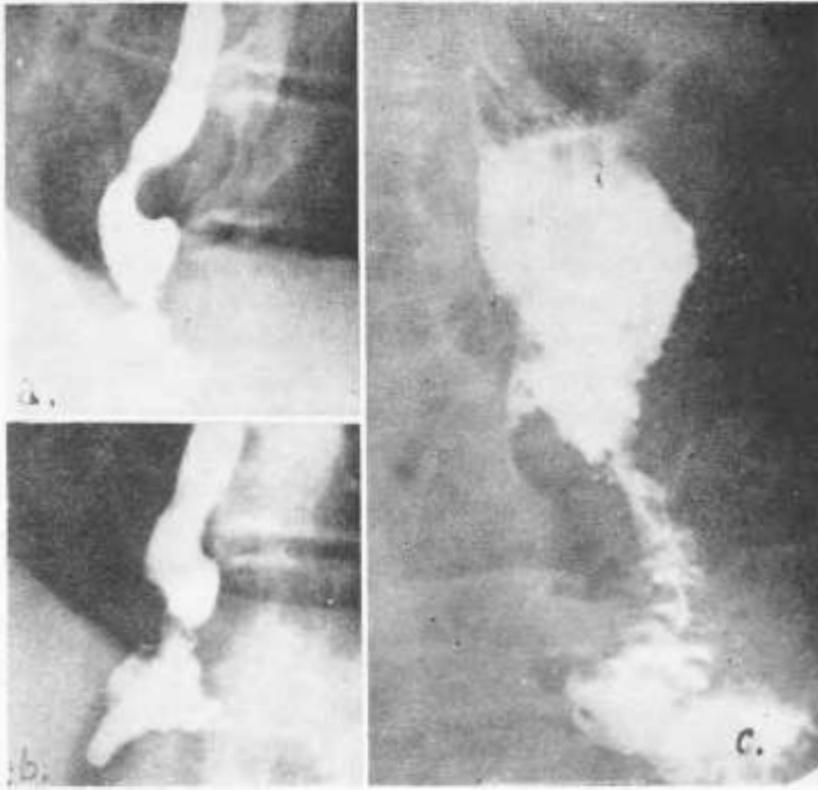


Fig. 5. Paciente R. P., de 74 años con hernia hiatal, úlcera callosa de estómago y obstrucción intestinal de origen apendicular. a) y b) Hernia gástrica. c) Postoperatorio: se ve el resultado de la gastrectomía, y en a) hernia hiatal.

con anestesia locorregional la apendicectomía y liberación de adherencias, la gastrectomía subtotal y el tratamiento de su hernia hiatal, todo lo cual fue perfectamente tolerado.

Por todas estas razones es que actualmente preferimos tratar las hernias hiatales por vía abdominal.

Existen tres posibilidades clínicas en las indicaciones respectivas de las vías de abordaje de las hernias del hiato esofágico: a) los casos en que la vía torácica es de elección indudable;

b) aquéllos en que la vía abdominal es la de elección; c) aquéllos en que puede usarse una u otra vía, según las preferencias de los cirujanos.

a) La vía torácica (y en ciertos casos la tóracoabdominal) es de elección en los pacientes con lesiones esofágicas que requieren tratamiento quirúrgico, esófago corto, estenosis esofágica, úlcera péptica del esófago, adherencias periesofágicas fibrosas, cáncer de esófago, etc. También está indicada en las grandes hernias, que necesitan una extensa plastia y en los casos en que exista una hepatomegalia que hace imposible la intervención por vía abdominal.

b) La vía abdominal es de elección en los pacientes en que es necesario efectuar una laparotomía exploradora y diagnóstica, o existen lesiones abdominales asociadas, úlcera gástrica o duodenal, litiasis biliar o coledociana, colecistitis, estrangulación herniaria, oclusión, hemorragias, etc. También está indicada en los casos en que esté contraindicada la vía torácica, tuberculosis, asma, grandes enfisematosos, adherencias pleurales, insuficiencia cardíaca, etc.

c) Los casos no comprendidos en los grupos anteriores, constituyen la gran mayoría. Es en estos pacientes en los que, contrariamente al criterio dominante que se inclina por la vía torácica, nosotros preferimos la vía abdominal.

CONCLUSIONES

1) Se presentan algunas modificaciones simples a la técnica de abordaje abdominal de las hernias hiatales que facilitan grandemente su tratamiento quirúrgico: a) abordaje amplio, mediante laparotomía mediana supra e infraumbilical; b) colocación del paciente en posición inclinada, semivertical; c) evisceración de asas intestinales.

2) Se prefiere efectuar el tratamiento de las hernias hiatales por vía abdominal, en vez de realizar un abordaje torácico. Esta vía se utiliza sólo en los casos en que esté contraindicado el abordaje abdominal o existan lesiones esofágicas que justifiquen la toracotomía.

BIBLIOGRAFIA

- AKERLUND, A.; OINELLI, H.; KEY, E.—Hernia diaphragmatica hiatus oesophagei vom anatomischen und roentgenologischen Gesichtspunkt. "Acta Radiologica", VI: 3-22; 1926.
- HARRINGTON, S. W.—Esophageal hiatal diaphragmatic hernia. "Surg. Gyn. and Obst.", 100: 277-292; 1955.
1. HARRINGTON, S. W. Diaphragmatic hernia. "Arch. Surg.", 16: 386-415; 1928.
2. HARRINGTON, S. W. Tratamiento quirúrgico de los tipos más comunes de hernia diafragmática (hiato esofágico, traumática, hiato pleuro-peritoneal, anomalía congénita y agujero de Morgagni); estudio de 404 casos. "Anal. de Cir.", (B. A.), 4: 1463-1484; 1945.
3. HARRINGTON, S. W. Various types of diaphragmatic hernia treated surgically: report of 430 cases. "Surg. Gynec. and Obst.", 86: 735-755; 1948.
6. SWEET, R. H. The repair of hiatus hernia of the diaphragm by the supradiaphragmatic approach. "New England J. Med.", 238: 641-653; 1948.
- SWEET, R. H.—"Thoracic surgery" Philadelphia, W. B. Saunders 1950.
8. SWEET, R. H. Hernias del hiato esofágico del diafragma. Características anatómicas, técnica de reparación y resultados del tratamiento en 111 casos consecutivos. "Anal. de Cir.", 11: 3; 1952.
9. ALLISON, P. R.—Reflux oesophagitis, sliding hiatal hernia and the anatomy of repair. "Surg. Gyn. and Obst.", 92: 419-431; 1951.
10. ALLISON, P. R.—Observations on a conservative approach to non malignant lesions at the cardia. "Jour. Thorac. Surg.", 32: 150-164; 1956.
11. BREIA, M. M. J.; SANTAS, A. A.; MARTINEZ, J. L.; GILARDON, A. N.—Hernias diafragmáticas del hiatus esofágico. "Bol. Soc. Cir., B. Aires", 41: 511-527; 1957.
12. ARMAND UGON, V.—Abordaje transdiafragmático de las vísceras subfrénicas. "3er. Cong. Urug. Cir.", Montevideo, 1952.
13. ARMAND UGON, V. Nota preliminar sobre la cirugía del abdomen superior en posición vertical. Comunicación Soc. Cir. Montevideo, 1929. "La Prensa Médica del Uruguay", 1929.