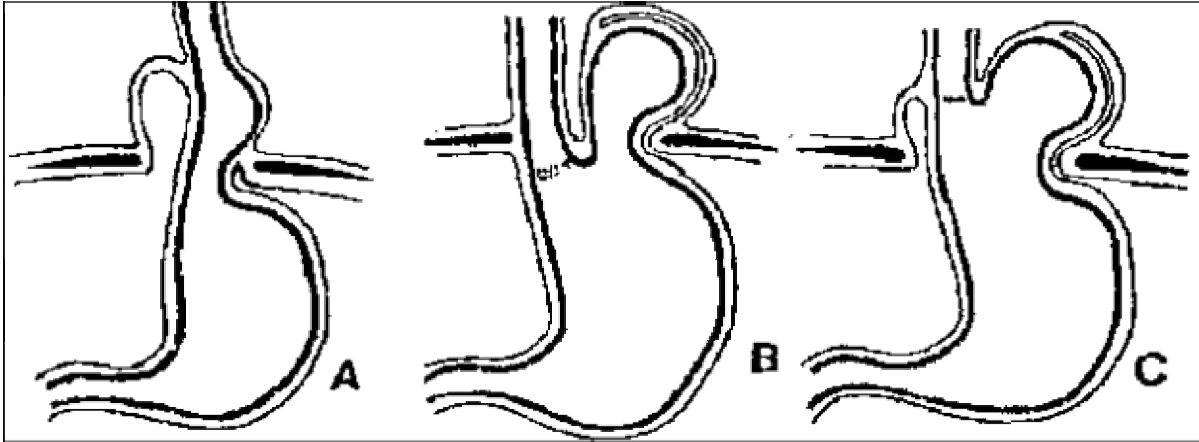


Hernia hiatal esofágica

Las hernias hiatales esofágicas son las anomalías más frecuentes que afectan la parte alta del tubo digestivo.

Hay dos tipos principales, la hernia por deslizamiento y la paraesofágica, puede describirse un tercer tipo como una combinación de ambas.



A- Hernia por deslizamiento; B- Hernia paraesofágica; C- Hernia paraesofágica con deslizamiento del cardias: Hernia mixta

HERNIA POR DESLIZAMIENTO

Es la más común, en ella hay un desplazamiento axial de la unión esofagogástrica, a través del hiato esofágico hacia el tórax.

Estas hernias entran y salen del tórax con cambios en las presiones intratorácica e intraabdominal.

Se aplica el término por deslizamiento porque la hernia tiene un saco de peritoneo parietal parcial, cuya pared posterior está formada por estómago.

HERNIA HIATAL PARAESOFAGICA

En este tipo de hernias la unión esofagogástrica se mantiene en posición normal debajo del diafragma, pero el fondo y porciones sucesivamente mayores de la curvatura mayor del estómago se desliza hacia el tórax, a través del hiato esofágico, a un lado del esófago.

La hernia hiatal esofágica es relativamente común y se presenta en cinco individuos por cada mil. Menos del 5% desarrolla algún síntoma o complicación que requiera de intervención quirúrgica.

HERNIA HIATAL ESOFAGICA POR DESLIZAMIENTO

Esta hernia representa el 90% de las hernias hiatales esofágicas, tiene connotación clínica por su coincidencia tan alta con reflujo gastroesofágico.

El reflujo en la hernia hiatal sería debido a la exposición de un segmento del esófago distal, a la presión negativa intratorácica, disminuyendo de ese modo la presión de contención en el esófago para con el líquido gástrico que podría refluir por la motilidad gástrica, el aumento de presión consecuente y la presión intraabdominal positiva normal.

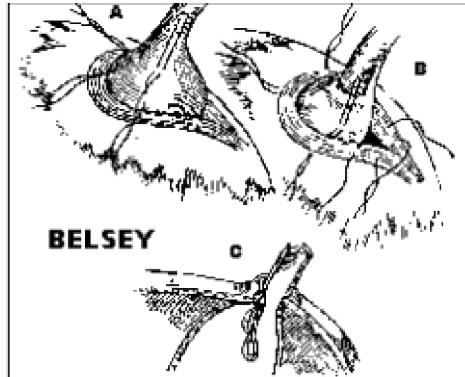
También puede ser atribuido ese reflujo a lo que se denomina insuficiencia primaria del esfínter esofágico inferior.

Basándose en estos postulados teóricos las operaciones actuales para controlar el reflujo gastroesofágico dependen de: a)_ La corrección anatómica de la hernia esofágica por deslizamiento y la reducción del esófago distal por debajo del diafragma, así como de: b)_ una válvuloplastia anatómica.

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS BASICOS

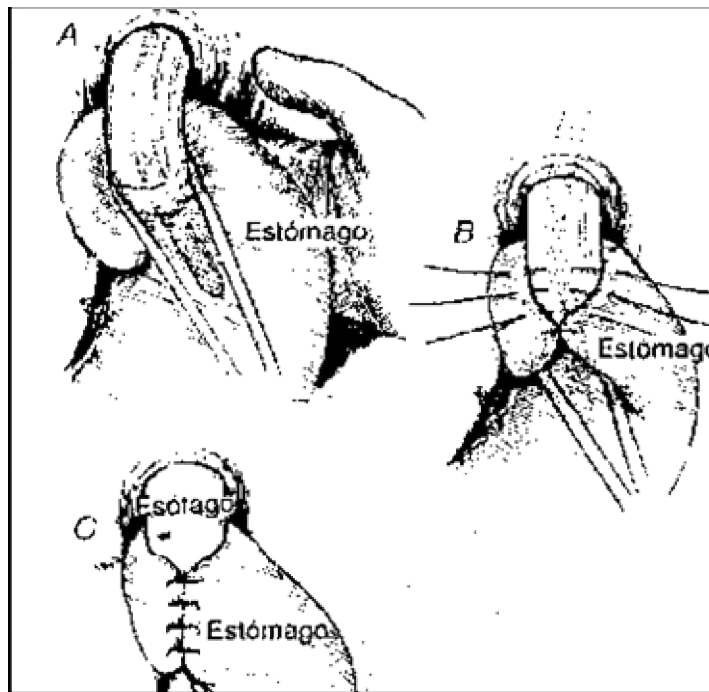
El objetivo primario del tratamiento quirúrgico es el restablecimiento de la función gastroesofágica, se ha observado que la reparación anatómica es insuficiente, por lo que se han ideado operaciones antireflujo.

La operación de Belsey: Es un procedimiento transtorácico que crea un segmento de esófago intraabdominal, que se mantiene fijo mediante un colchón de estómago plegado que rodea aproximadamente 280 grados del esófago distal.



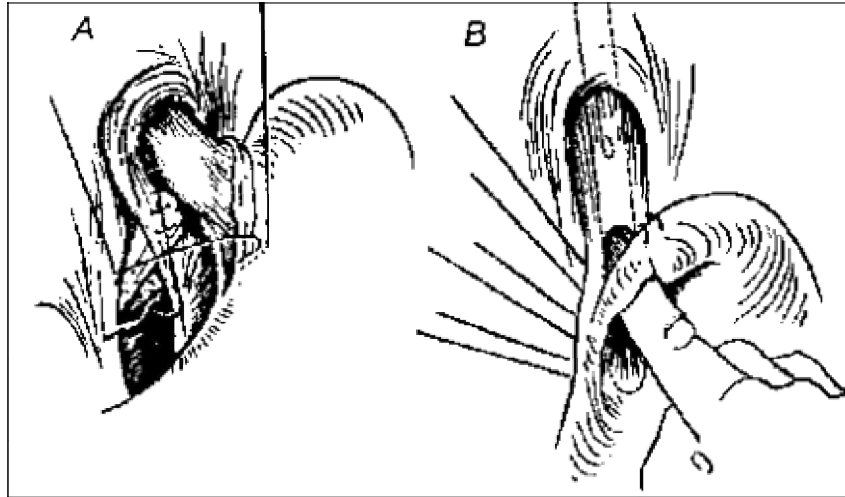
Operación de Belsey. Mark IV: A.- se aplican puntos de colchonero entre el fondo gástrico y las capas musculares del esófago. B.- se aplica otro plano de puntos similares, para una mayor imbricación del fondo gástrico sobre el esófago inferior. Adviértase que estos puntos pasan a través del hiato. Antes de anudarlos se aplican puntos en los pilares para reducir el hiato esofágico. C.- reparación terminada.

La funduplicatura de Nissen: Puede realizarse por vía transabdominal o transtorácica. Esta operación, que rodea totalmente el esófago distal con el fondo gástrico adyacente, produce buenos resultados clínicos.



Funduplicatura de Nissen: A.- Reducción y movilización de la cara posterior del fundus, B.- Suturas gastro-esófago-gástricas con sonda de 16 mm intraoperatoria, C.- Manguito de 3 a 4 cm de altura.

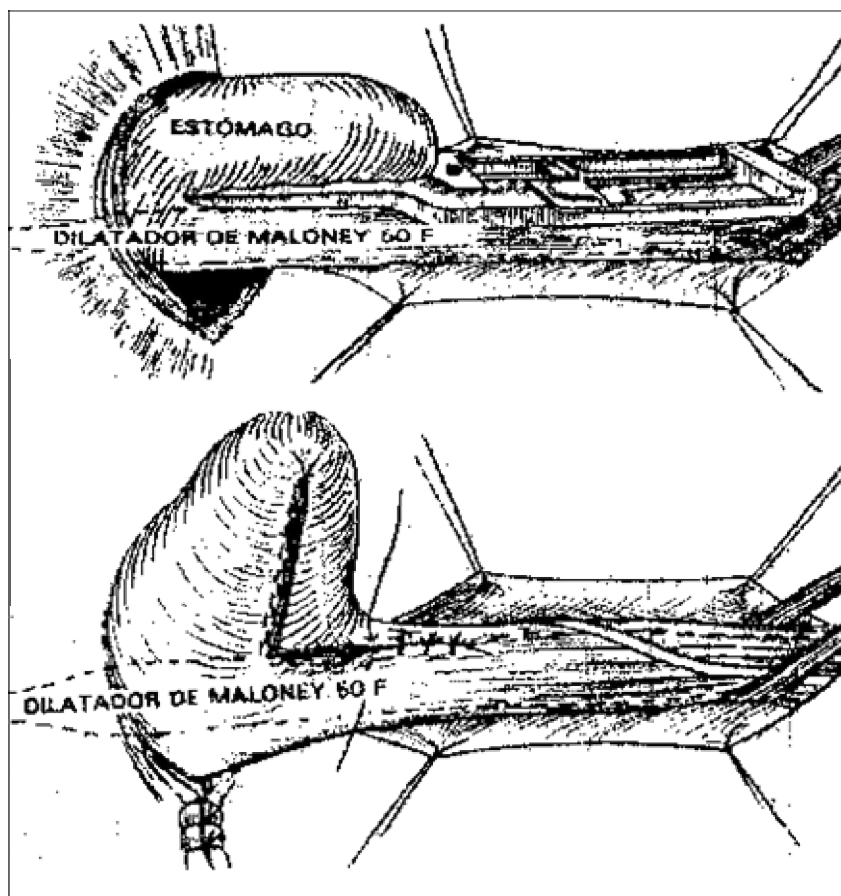
La operación de Hill: Básicamente es una gastropexia que se realiza por vía transabdominal, pero conlleva puntos de plicación para estrechar la unión gastroesofágica.



Reparación transabdominal de Hill. A.- reducción de la unión esofagogástrica; se colocan puntos en los pilares para reducir el hiato. Se muestra punto que incluye el epiplon gastrohepática. Se colocan dos o tres puntos en la curvatura menor para fijar la parte posterior del estómago (gastropexia). B.- al anudar los puntos, las fibras del cabestrillo gástrico deben permitir el pasaje de la sonda de Levin más la falange distal del índice invaginado del estómago hacia la luz del esófago terminal. Se acentúa el ángulo de His mediante puntos de sutura entre el fondo gástrico y el esófago distal.

En los estudios fisiológicos de la función del esfínter después de la operación, se duplica la amplitud de la presión.

El esófago corto plantea un problema especial para la corrección quirúrgica del reflujo gastroesofágico, ya que imposibilita la reducción del estómago herniado por debajo del diafragma. Cuando el acortamiento no es mayor de 5 o 6 centímetros, la gastroplastia de Collis con incisión gástrica, ha sido un medio eficaz para crear una ampliación tubular del esófago con la curvatura menor del estómago. Luego se podrá realizar alguno de los procedimientos antireflujo habituales.



Gastroplastia de Collis para el esófago corto. Después de una toracotomía izquierda se seccionan las inserciones frenoesofágicas, se interrumpen algunos vasos cortos. Con un dilatador de Maloney calibre 50 colocado, se aplica el instrumento de grapado GIA, en el estómago, a nivel del ángulo de His, paralelo a la curvatura menor y al dilatador. La activación del instrumento crea una extensión tubular del esófago. Las grapas se cubren con un plano de puntos de sutura. Puede efectuarse una funduplicatura de 280 grados o 360 grados. El procedimiento de alargamiento esofágico permite la reducción de la válvuloplastia por debajo del diafragma.

Cuando el acortamiento es más extenso, se puede optar por una vagotomía con antrectomía y un procedimiento de drenaje gástrico en Y de Roux de asa larga, o bien, puede considerarse una interposición de intestinos.

En razón de ciertas dificultades que se presentan en las técnicas de funduplicatura de 360 grados, tales como disfagia por hipercorrección, o distensión gástrica molesta por la imposibilidad de eliminar el aire gástrico por eructos, se idearon técnicas de funduplicatura parciales, de 180 grados, que según sea anterior o posterior el "wrap", (la envoltura del esófago inferior con el fundus gástrico), recibirá el nombre de Toupet o Dor Bayla.

El porcentaje de recidivas del reflujo y esofagitis consecuente es mayor con estas envolturas parciales, aún en las de 270 grados.

HERNIA HIATAL PARAESOFAGICA

La hernia hiatal paraesofágica pura es una entidad rara, por lo general se presenta como una hernia por deslizamiento y paraesofágica combinada.

Cuando una hernia paraesofágica de cualquier tamaño se presenta en su forma pura, los síntomas y complicaciones se deben al defecto anatómico y no a algún trastorno fisiológico de la competencia gastroesofágica. La complicación más común, sea cual fuere el tamaño de la hernia, es la anemia por hemorragia gastrointestinal recurrente, crónica, asintomática.

En algunos pacientes se puede demostrar una úlcera o gastritis en el sitio donde el hiato comprime al

estómago herniado. Otros parecen sangrar por erosiones transitorias consecutivas a estasis en el lóculo suprahialal del estómago.

En las radiografías torácicas el lóculo suprahialal se evidencia como una sombra globular con un nivel hidroaereo superpuesto a la silueta cardíaca.

La segunda complicación más frecuente de la hernia paraesofágica es el vólvulo gástrico, puede llegar a ubicarse la mayor parte del estómago el tórax.

El vólvulo gástrico es una complicación que puede ser letal en la hernia paraesofágica grande, o puede ser crónico y recurrente.

En las hernias paraesofágicas masivas, generalmente está indicada la reparación quirúrgica debido a la alta incidencia de hemorragia y vólvulo.

Las hernias paraesofágicas pequeñas y las hernias por deslizamiento y paraesofágica combinadas y pequeñas, se corrigen solo cuando presentan complicaciones o producen síntomas.

TECNICA: Se reduce el estómago herniado, se extirpa el saco herniario y se reduce el hiato ensanchado, colocando puntos de sutura en los pilares, por delante del esófago, como en la técnica descrita por Hill y Tobías. Si existe deslizamiento combinado se añaden medidas antirreflujo.

HERNIA POSTEROLATERAL (FORAMEN DE BOCHDALEK)

Las hernias congénitas surgidas en la superficie posterolateral del diafragma son las hernias diafragmáticas más frecuentes en los lactantes.

Suelen presentarse como una urgencia respiratoria durante el nacimiento o poco después, lo que depende de las vísceras abdominales desplazadas hacia la cavidad torácica. Raras veces estos defectos pasan desapercibidos hasta la infancia tardía o la edad adulta.

En los niños mayores y adultos predominan los síntomas gastrointestinales sobre los respiratorios. El dolor abdominal se presenta en casi la mitad de estos pacientes. A veces hay vómitos, disnea y dolor torácico, siendo rara la obstrucción.

HERNIAS DEL FORAMEN DE MORGAGNI

Se la ha denominado paraesternal, diafragmática anterior o retroesternal, surge a través del hiato esternocostal, que es una pequeña zona triangular del diafragma localizada a cada lado del apéndice xifoides.

El hiato solo permite normalmente el paso de vasos, pero es un sitio potencial para la herniación del contenido abdominal.

Setenta por ciento de los pacientes son mujeres con edades que oscilan entre los tres meses y los setenta y ocho años. Noventa por ciento se ubican en la región lateral derecha y ocho por ciento son bilaterales, solo dos por ciento se presentan en el lado izquierdo.

Los órganos abdominales que se encuentran en estas hernias son: epiplon, colon, estómago, hígado e intestino delgado.

La mayoría de los pacientes con hernias del foramen de Morgagni no presentan síntomas, pero cuando existen predominan los gastrointestinales, como malestar en la parte alta del abdomen o dolor subcostal, sensación de estar lleno calambres y a veces vómitos, las complicaciones graves son raras.

Cuando estas hernias ocurren, en la lactancia y la infancia, se manifiestan por síntomas cardiorespiratorios graves.

El diagnóstico de la hernia del foramen de Morgagni suele ser evidente en las radiografías torácicas, sobre todo cuando se encuentra en la masa herniaria, intestino que contiene gas. La radiografía revela una sombra redonda de tamaño variable en el ángulo cardiofrenico derecho, las proyecciones laterales muestran la lesión muy próxima a la pared anterior del tórax. La demostración de colon se puede efectuar con una radiografía de colon por enema. Una TAC es en esta patología de gran importancia diagnóstica.

Diagnóstico diferencial: con quiste pleuropericárdico, con neoplasias pleurales, pulmonares, mediastínicas y diafragmáticas.

TRATAMIENTO

La reparación quirúrgica es indispensable.

Una incisión abdominal alta permite el acceso fácil a la hernia del lado derecho, izquierdo o bilateral.

En caso de reconocerse como una masa torácica indeterminada, puede accederse por vía transtorácica.

Se reduce la hernia, se extirpa el saco y se cierra el defecto aproximando el borde posterior del defecto a la parte anterior de la pared torácica.