



Clínicas Quirúrgicas Facultad de Medicina  
 Universidad de la República. Uruguay 2018

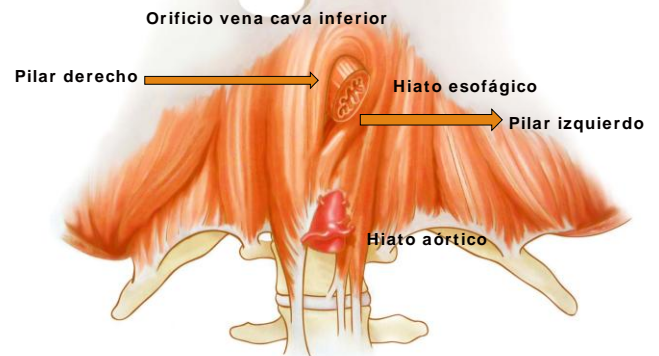
## HERNIAS DEL HIATO ESOFAGICO

Dr. Gustavo Rodriguez Temesio  
 Dr. Rodrigo Perna

### INTRODUCCIÓN

Las hernias diafrágicas congénitas y traumáticas fueron descritas en el siglo XVI, pero la hernia hiatal no fue reconocida como una entidad clínica relevante hasta la primera mitad del siglo XX. La primera descripción de hernia para esofágica corresponde a Henry Bowditch, quien publicó una revisión de los casos de hernias diafrágicas publicados entre 1610 y 1846.

Se define como hernia hiatal al pasaje de cualquier estructura abdominal no esofágica a través del hiato esofágico, cubierta por un saco peritoneal; quedando excluidas las excepcionales hernias parahietales en las cuales el defecto muscular queda por fuera del hiato.

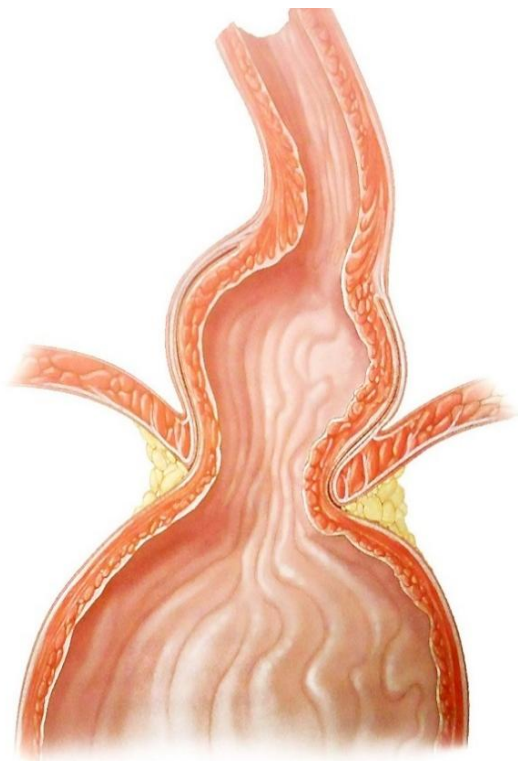


Vista inferior del diafragma

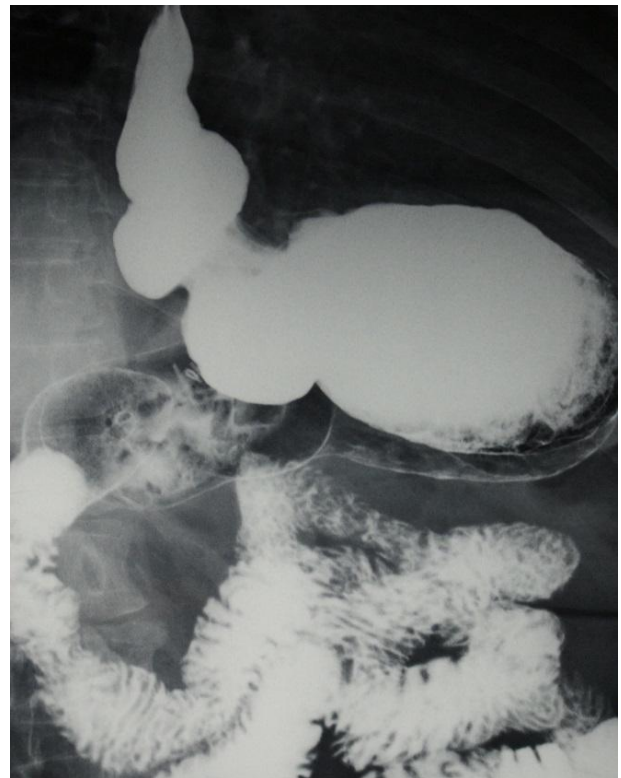
Es una afección común a partir de la edad media de la vida, ya que su aparición aumenta con la edad; frecuentemente cursan en forma asintomática y eventualmente son diagnosticada por síntomas no vinculados a su existencia.

Actualmente se reconocen cuatro tipos de hernias del hiato esofágico:

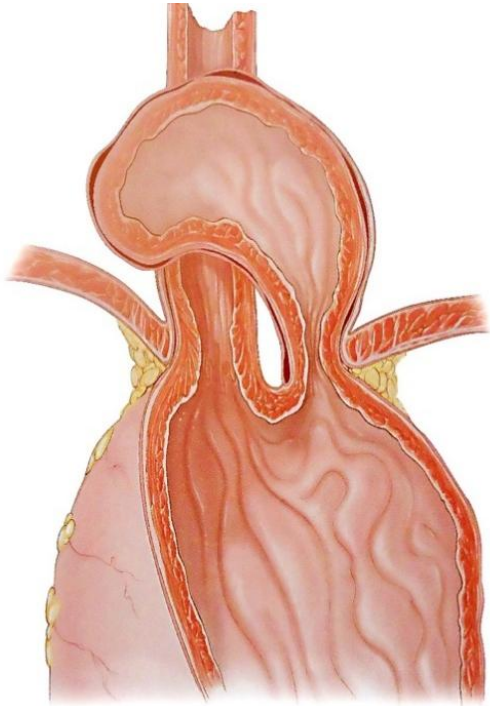
Tipo 1 o *por deslizamiento*. la unión gastro-



Hernia tipo I, por deslizamiento.



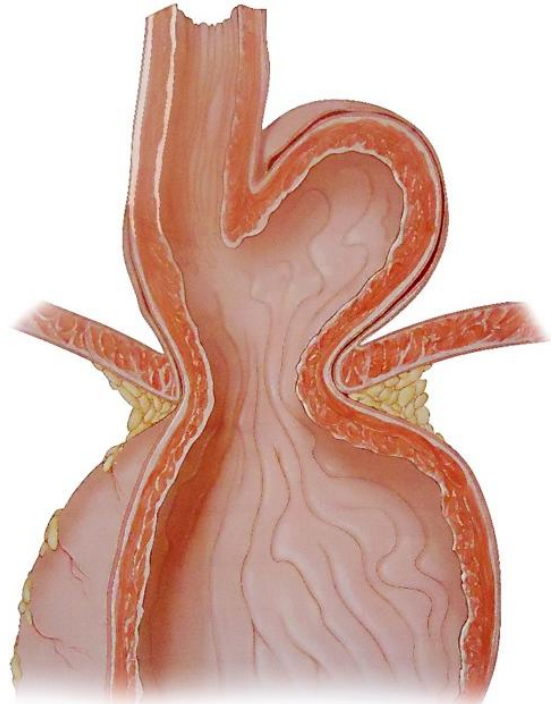
esofágica se desliza al tórax, ubicándose por **Hernia tipo I, por deslizamiento, tránsito baritado.** encima del diafragma pudiendo generar una incompetencia del esfínter esofágico inferior y favorecer el reflujo gastroesofágico. Son las más frecuentes, ocurren en 90-95% de los casos.



**Tipo 2, o paraesofágicas, abajo tránsito baritado.**

Tipo 2, o *paraesofágicas*, la herniación del estómago a través del hiato esofágico se produce lateralmente al esófago, con estiramiento y deslizamiento antero lateral de la

**Tipo 3, mixtas, abajo tránsito baritado.**



membrana frenoesofágica, pero la unión esofagogástrica se mantiene por debajo del diafragma. Típicamente crecen entre los cuadrantes de la hora 12 y 16 (visualizadas desde el abdomen). La hernia tipo 2 pura es muy poco frecuente y ocurre en 3 a 5 % de los casos. La presentación clínica más frecuente es la disfagia por compresión del esófago. Dado que la unión gastroesofágica permanece en el abdomen, son raros los síntomas de reflujo gastroesofágico.

Tipo 3 o *mixtas*, combinan los dos tipos anteriores; se desarrolla por la progresión de una hernia paraesofágica a la que se agrega un deslizamiento del fondo gástrico, situando el cardias por encima del diafragma. Se asocian a un gran defecto diafragmático y un saco herniario grande y generalmente un tercio o más del estómago está en el tórax, lo que permite definirla como gigante. Cuando las hernias tipo 1 adquieren este tamaño pueden ser clasificadas dentro de este grupo.

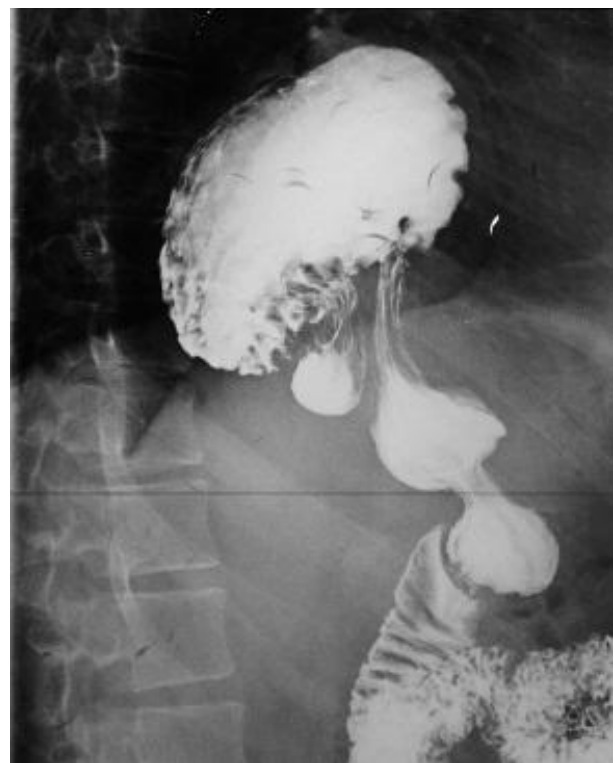
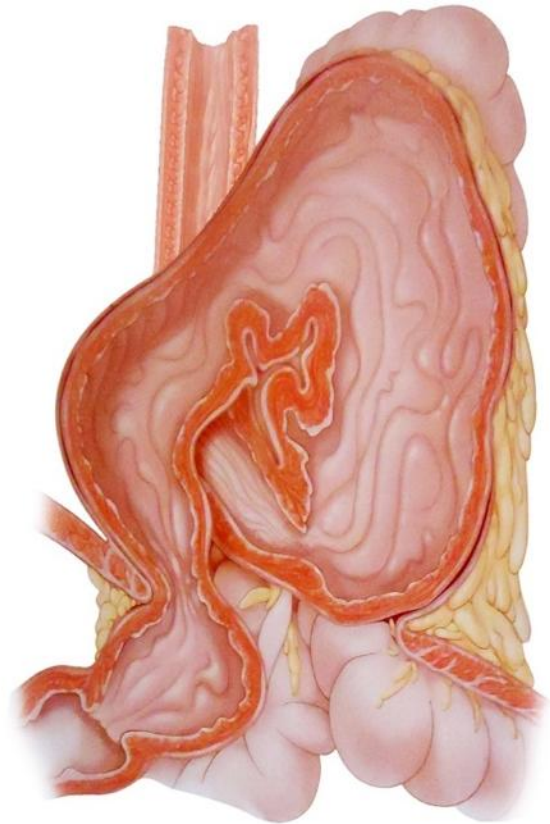
Tipo 4. Cualquier hernia gigante que se asocia con la herniación de otra víscera intrabdominal al tórax (colon, epiplón mayor, bazo, intestino delgado).

Dentro de las hernias para esofágicas, las más frecuentes son las de tipo 3, alrededor del 90% de los casos, mientras que las de tipo 2 son las menos frecuentes.

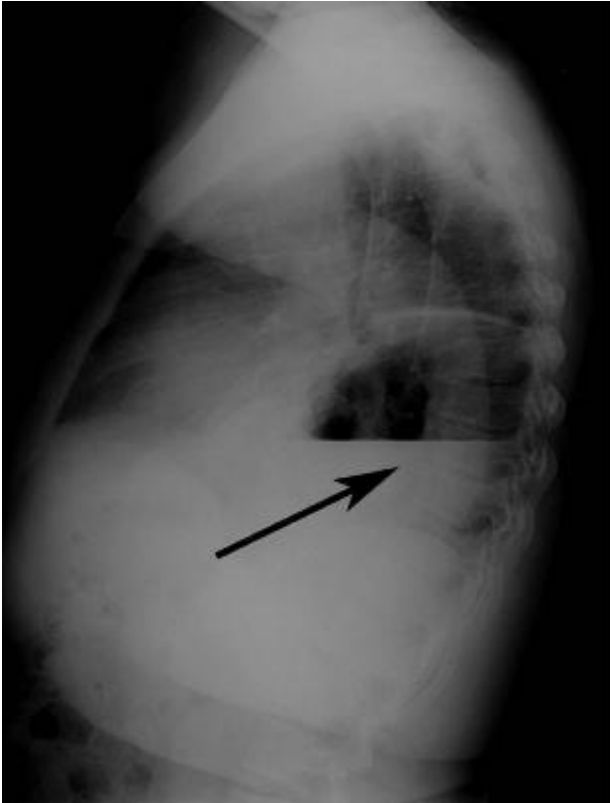
La migración cefálica de la unión gastroesofágica y la aparición de una hernia hiatal, resulta de un debilitamiento de la membrana freno esofágica; se ha demostrado una base bioquímica en estos casos, en los que hay una depleción de las fibras elásticas y alteración del colágeno.

### MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las hernias del hiato predominan en mujeres después de la quinta y sexta década de la vida. Pueden ser asintomáticas y su diagnóstico incidental al encontrar un nivel hidroaéreo retro cardíaco en una radiografía de tórax realizada por otra causa.



Tipo 4, gigante con estómago intratorácico.



Radiografía perfil de tórax con nivel hidroaéreo en mediastino posterior.

Al hacer un interrogatorio dirigido la mayoría de los pacientes refieren síntomas de larga evolución como pirosis y regurgitaciones, dolor retro esternal postprandial, saciedad precoz, disfagia, disnea, trastornos del ritmo cardiaco y anemia por sangrado a nivel del estómago herniado. En casi 40% de los pacientes se constata una anemia ferropénica; sin embargo, no debe atribuirse el origen de una anemia por pérdidas a una hernia hiatal sin descartar otra causa de sangrado en el tubo digestivo, en particular a nivel colorrectal.

La tríada clásica de disfagia, dolor torácico y regurgitaciones de larga evolución en un paciente anciano sugiere el diagnóstico de hernia paraesofágica.

Las complicaciones de las hernias hiatales, en particular las de tipo 3 de gran tamaño son: la volvulación cuya evolución espontánea es hacia el compromiso isquémico de la pared gástrica, necrosis, perforación y mediastinitis, gravada de una elevada mortalidad.



Colon por enema demostrando pasaje del colon transversal hacia el mediastino en hernia tipo 4.

La ulceración y el sangrado de la bolsa gástrica herniada pueden manifestarse con hematemesis, melenas o bien pérdidas sanguíneas ocultas.

#### EVALUACIÓN PARACLÍNICA

##### *Tránsito baritado esofagogastroduodeno*

Es el examen de mayor valor diagnóstico: permite objetivar la hernia, su tipo, tamaño, reductibilidad así como evaluar la longitud del esófago.

##### *Endoscopia digestiva alta*

Confirma la existencia de una hernia hiatal verdadera, donde después del cambio de mucosas (primer anillo que se encuentra al examen endoscópico) se cae en una cámara de tipo sacular y no tubular, con pliegues gástricos emergentes de un segundo anillo de mayor diámetro aunque comunica con el segmento de estómago distal intrabdominal y que corresponde a la impresión hiatal dilatada. La

retro visión endoscópica confirma la hernia hiatal.

#### *Manometría y PHmetría esofágica*

Pueden ser de difícil realización en las hernias grandes. Permiten evaluar la actividad del cuerpo esofágico y competencia del esfínter esofágico inferior, así como determinar la existencia de un reflujo ácido y sus características. Al menos 50% de los pacientes con hernias para esofágicas tienen un esfínter esofágico hipotensivo.

#### **TAC demostrando volvulación organoaxial del estómago.**



## **TRATAMIENTO**

La indicación de cirugía en las hernias del hiato surge del conocimiento de la historia natural de la enfermedad en cada tipo de hernia.

En las hernias por deslizamiento (tipo 1), su sola presencia no constituye una indicación de cirugía. Un gran número de pacientes con este tipo de hernias son asintomáticos y no necesitan ningún tratamiento.

Los candidatos a tratamiento quirúrgico son aquellos portadores hernias hiatales que se asocian a una enfermedad por reflujo gastroesofágico, en las cuales la pérdida del ángulo de His y la situación intratorácica del esfínter esofágico inferior lo vuelven incompetente y solo la cirugía es capaz de corregir esta alteración anatómica. El procedimiento consiste en restituir el esófago abdominal y situando nuevamente el esfínter

#### *Tomografía computada*

Multicorte y con reconstrucción multiplanar aporta datos de valor en el diagnóstico, en particular en los casos de duda diagnóstica y frente a complicaciones agudas. Puede objetivarse una rotación órgano-axial anterior, a lo largo de su eje longitudinal, que es la más frecuente. La curvatura mayor se sitúa inicialmente hacia la región anterior y posteriormente adopta una situación más cefálica. El estómago puede también rotar a lo largo de un eje que es perpendicular a su eje longitudinal, conformando la rotación mesentérico-axial.

esofágico inferior en el abdomen, la realización de un mecanismo valvular (funduplicatura) y el estrechamiento del hiato esofágico.

En las hernias paraesofágicas la situación es diferente y la indicación quirúrgica controversial dado que tienen riesgo de complicaciones graves aún en paucisintomáticos.

Un interrogatorio exhaustivo puede poner en evidencia la presencia de síntomas en la mayoría de estos pacientes; más del 90% tiene algún síntoma y el 36% puede tener una esofagitis erosiva.

Debe balancearse el riesgo individual para realizar un manejo no operatorio o cirugía electiva ya que la cirugía de urgencia frente a complicaciones agudas graves está gravada de una mortalidad 5 veces mayor en comparación con la electiva.

La vía de abordaje de elección es la laparoscópica porque tiene menos complicaciones que la cirugía convencional, menor agresión parietal, menos dolor postoperatorio y una menor pérdida de sangre en el intraoperatorio; permite una excelente visualización de la región hiatal y una mejor disección mediastinal que la cirugía abierta.

Las directivas del tratamiento quirúrgico son: reintroducir el estómago al abdomen; realizar la resección del saco herniario, reanatomizar la región hiatal y asociar un procedimiento antirreflujo, si bien este punto es discutido por algunos autores.

El cierre del hiato es un punto crucial en estos pacientes. La mayoría de ellos tienen un gran defecto hiatal y una ostensible debilidad de las estructuras anatómicas, lo que hace altamente probable que dicha reparación fracase.

La tendencia actual es cerrar el hiato sin utilizar materiales protésicos dada la ocurrencia de complicaciones graves con los mismos (erosión e inclusión en el esófago, migración, fistulización), aún utilizando mallas biológicas.

#### *Resultados a corto, mediano y largo plazo*

La mortalidad reportada esta entre 0 y 5 %.

La reparación laparoscópica de las hernias para esofágicas ofrece buenos resultados y control de los síntomas en el mediano y largo plazo.

Las recidivas anatómicas pueden ocurrir un 40% de los casos; pero solo una minoría de estas son sintomáticas y afectan la calidad de vida de los pacientes.

#### **REFERENCIAS**

Rodríguez Temesio,G. ; Valsangiacomo P. Tratamiento quirurgico de la enfermedad por reflujo gastroesofagico y de las hernias del hiato esofagico. Relato Oficial 64 Congreso Uruguayo de Cirugia. 2013.

Oelschlager BK, Eubanks ThR, Pellegrini CA. Hernia de hiato y enfermedad por reflujo gastroesofagico. En Sabiston .Tratado de cirugia.España. Elsevier. 2009.18 edición.