

HERNIA HIATAL GIGANTE. REPORTE DE CASO

GIANT HIATAL HERNIA. A CASE REPORT

Prof. Dr. Miguel Farina del Río¹, Dr. Agustín Rodríguez González², Dra. Sara Melgarejo³

RESUMEN

La Hernia Hiatal (HH) es una condición anatómica adquirida que se define como la protrusión o prolapso del estómago proximal o cualquier estructura no esofágica a través del hiato esofágico¹. La hernia hiatal gigante (HHG) con estómago intratorácico es una enfermedad poco frecuente. Corresponde a una hernia tipo 3 o mixta (componente por deslizamiento y paraesofágico) que contiene más del 30% del estómago a nivel del tórax. Se presenta el caso de una paciente de 68 años, de sexo femenino, con imagen de una gran hernia hiatal por tránsito esofagogástrico, a la que se le realizó una funduplicatura de Nissen videolaparoscópica. Se realiza una revisión sobre la patología, su incidencia y sus opciones diagnósticas y terapéuticas. Palabras clave: Hernia Hiatal Laparoscopia Reflujo gastroesofágico.

ABSTRACT

The hiatal hernia is an anatomic condition acquired; it defines as the protrusion or the prolapsed of the proximal stomach or any other non esophagic structure, through the esophageal hiatus. The giant hiatal hernia with intrathoracic stomach is an infrequent disease. It corresponds to a type III hernia or mixed hernia (sliding and paraesophageal components) that contains more than 30% of the stomach in the thorax. This case is of a patient, 68 years old, feminine, with an image of giant hiatal hernia on an upper GI, it was performed a laparoscopic Nissen surgery. This is a revision about the pathology, its incidence and its therapeutic and diagnosis options. Key words: Hiatal Hernia, Laparoscopy, Gastroesophageal reflux.

INTRODUCCIÓN

La Hernia Hiatal (HH) es una condición anatómica adquirida que se define como la protrusión o prolapso del estómago proximal o cualquier estructura no esofágica a través del hiato esofágico¹.

Las hernias de hiato gigante representan el 5-8% de las hernias hiatales. No existe definición uniforme sobre la hernia hiatal gigante, algunos autores la definen como la herniación de más del 30% del estómago, otros más del 50%. Ciertamente, cualquier hernia con más de la mitad del estómago en el tórax debe ser considerado como hernia hiatal².

El estudio de un paciente con hernia hiatal gigante debe incluir: esofagograma con bario, para evaluar el tamaño del hernia y la presencia de rotación axial o longitudinal y este-

nosis. Una endoscopia digestiva alta para medir la distancia de la unión gastroesofágica del hiato y examinar la mucosa (cualquier anomalía debe ser biopsiada). La manometría puede ayudar para identificar desórdenes en la motilidad esofágica pero no siempre es técnicamente posible realizarla, la TAC puede ser útil pero no se solicita rutinariamente y finalmente la phmetría es innecesaria o no confiable en casos de hernia hiatal gigante³.

El tratamiento de pacientes sintomáticos con un estómago intratorácico es cirugía; si ocurre una obstrucción, la cirugía de urgencia es indicada. Por las altas tasas de morbilidad y mortalidad que acompañan a las complicaciones, algunos cirujanos recomiendan cirugía electiva para pacientes asintomáticos, sin otros desórdenes médicos o contraindicaciones. El abordaje puede ser por vía abdominal o por toracotomía, la laparotomía abierta fue por mucho tiempo la vía estándar, pero más recientemente la reparación por vía laparoscópica se ha redefinido y aumentado en su uso. Los principios generales de la reparación incluyen reducción de la hernia en el abdomen, escisión del saco, cierre del hiato diafragmático y gastropexia. Los resultados de la cirugía electiva son en general buenos y con bajas tasas de morbilidad y mortalidad⁴.

El core de calidad de vida relacionada a pacientes portadores de enfermedad por reflujo gastroesofágico o GERD-HRQL es una excelente herramienta para objetivar la mejoría sintomática posterior a la cirugía⁵.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 68 años, con antecedente de cuadro de 5 meses de evolución de dolor en epigastrio, acidez y regurgitación, a quien se le practica un tránsito esofagogástrico (**Figura 1**) en donde se constata burbuja gástrica sobre el diafragma y una EDA en donde no se constata esofagitis por reflujo. Se realiza una phmetria que informa un DeMeester de 68 (V.N: hasta 14,72). Se realiza en ella una funduplicatura de 360° de Nissen por vía laparoscópica.

1. Jefe de Departamento

2. Jefe de Guardia de Cirugía del Servicio de Urgencias

3. Residente de 3° año de Cirugía

II Cátedra de Clínica Quirúrgica. Hospital de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción. Paraguay

Autor correspondiente: Dra. Sara Melgarejo. Correo electrónico: sara_615@hotmail.com

Artículo recibido: 10/01/18 - Artículo aceptado: 20/01/18

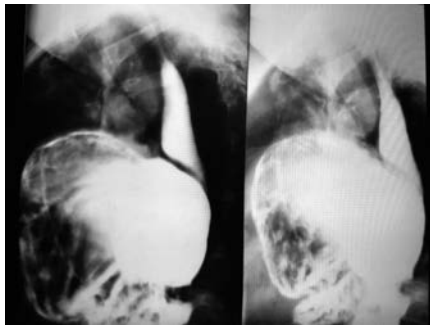


Figura 1

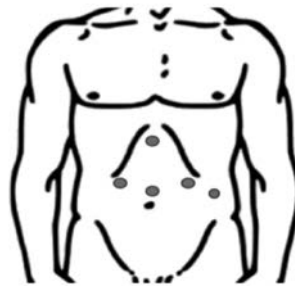


Figura 2



Figura 3



Figura 4



Figura 5



Figura 6



Figura 7

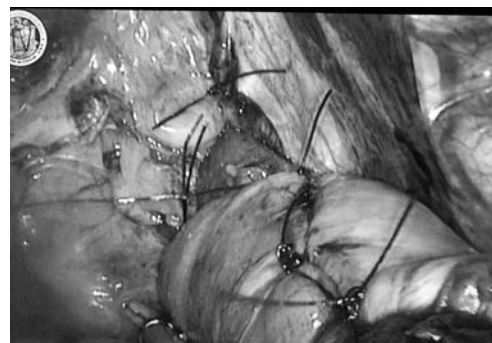


Figura 8

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Paciente en posición decúbito dorsal, anti-Trendelenburg, se colocan trocares según esquema (**Figura 2**):

- 1 de 10 mm a 2 traveses de dedo por encima del ombligo,
- 1 de 10 mm en flanco izquierdo
- 1 de 10 mm en epigastrio,
- 1 de 5 mm en flanco derecho
- 1 de 5mm en línea axilar anterior izquierda.

Se constata al ingreso a cavidad, gran hernia hiatal, fundus, cuerpo y antró gástrico en situación intra torácica, procediendo a la reducción intrabdominal del mismo y del epiplón mayor (**Figura 3**), sección de vasos cortos y ligamento gastroesplénico hasta identificar el pilar izquierdo del diafragma (**Figura 4**), disección del epiplón menor a nivel de la pars flaccida, hasta identificar el pilar derecho del diafragma (**Figura 5**), disección de la ventana retroesofágica y liberación del fundus deslizado hacia el torax (**Figura 6**) cierre de los pilares del diafragma con puntos de prolene 2.0 y marcación radiológica con clip metálico (**Figura 7**), confección de mecanismo antirreflujo mediante funduplicatura 360° por técnica de Nissen con tutor orogastrico de Fr (**Figura 8**). No se realiza gastropexia. Paciente es dada de alta con buena evolución en su 2 DPO, escala de GERD-HRQL de 3 despues de la cirugía (previo de 22).

DISCUSIÓN

La incidencia real de la hernia hiatal en la población general es difícil de determinar debido a la ausencia de síntomas en gran numero de los individuos en quienes después se demuestra esta anomalía. Cuando se realizan estudios radiográficos a causa de síntomas gastrointestinales, la incidencia de la hernia hiatal deslizante es siete veces mayor que la hernia

paraesofagica, la distribución por edad de la hernia paraesofagica es significativamente distinta de las hernias hiales por deslizamiento, la edad media de presentación de la primera es 61 años, coincidente con la paciente de nuestro caso clínico, y 48 para la segunda. Las hernias paraesofagicas se presentan con mayor frecuencia en mujeres, con una proporción 4:16.

La presentación del caso clínico fue por sintomatología. Las hernias hiales son hallazgos incidentales, hernias hiales paraesofágicas se vuelven sintomáticas y con necesidad de reparación en una tasa de 1 % al año, la observación es indicada para formas asintomáticas. Las formas sintomáticas y con evidencia de reflujo deben ser reparadas quirúrgicamente y con un mecanismo antirreflujo⁷.

La reparación temprana de la hernia hiatal gigante es recomendada para evitar el riesgo asociado con vólvulo gástrico. En un estudio prospectivo de 8 años, es recomendada la reparación por vía laparoscópica y se recomienda reducción del saco, reparación del hiato, funduplicatura, y gastropexia para prevenir recidiva⁸.

La funduplicatura por laparoscopia para hernias de hiato, sigue siendo la cirugía antirreflujo más efectiva, según revisiones consultadas en varios estudios, aun con cifras preocupantes de recidivas a medio y largo plazo (20-40 %), sobre todo en hernias paraesofágicas o gigantes. En pacientes geriátricos, la gastropexia ofrece una solución a corto/medio plazo similar a la funduplicatura, pero mejor toleradas por los pacientes, que se muestran más satisfechos, con mejoría clínica y con complicaciones a largo plazo, más asociadas a sus propias comorbilidades que a la cirugía realizada⁹.

La gastropexia laparoscópica es una operación segura y útil, menos agresiva que el cierre de pilares y funduplicatura habitual y de escasos efectos adversos, para pacientes de edad avanzada (> 75 años)¹⁰.

BIBLIOGRAFIA

1. Pérez JJ, Viscarra JE, Ríos CG. Hernia hiatal: un desafío diagnóstico y terapéutico. A propósito de un caso. *MÉD.UIS*. 2017;30(2):83-8.
2. de Grazia K JA, Godoy Z M(1,2), Cavallo B I, Cortés A C. Hernia hiatal gigante con estómago intratorácico: Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Revista Chilena de Radiología*. 2012; 18(4): 179-83.
3. Mitiek MO, Andrade RS. Giant hiatal hernia. *Ann Thorac Surg*. 2010; 89(6): S2168-21734.
4. Abbara S, Kalan M, Lewicki AM. Intrathoracic Stomach revisited. *American Journal of Roentgenology* 2003 181:2, 403-414.
5. Velanovich V. The development of the GERD-HRQL symptom severity instrument. *Diseases of the Esophagus* (2007) 20, 130-134 DOI: 10.1111/j.1442-2050.2007.00658.x
6. Charles Brunicaudi FC, Schwartz. Principios de Cirugia. Editorial McGraw-Hill. 2011
7. Siegal SR, Dolan JP, Hunter JG. Modern diagnosis and treatment of hiatal hernias. *Langenbecks Arch Surg*. 2017 Dec;402(8):1145-51. doi: 10.1007/s00423-017-1606-5. Epub 2017 Aug 21.
8. Leeder PC, Smith G, Dehn TC. Laparoscopic management of large paraesophageal hiatal hernia. *Surg Endosc*. 2003 Sep; 17(9):1372-5. Epub 2003 Jun 25.
9. Cano MA, de Soto Cardenal B, Pérez Huertas R, Oliva Mompeam F, Domínguez Adame E.. Hernia de Hiato Gigante y paraesofágica en pacientes anciano. Funduplicatura vs Gastropexia laparoscópica. ¿Son comparables?. *Cir Esp*. 2016; 94 (Espec Congr):513.
10. Cano MA, Domínguez Sánchez C, Pérez Margallo E. et al. Hernia de Hiato Gigante en pacientes mayores de 75 años. Resultados de la gastropexia laparoscópica como alternativa quirúrgica. *Cir Esp*. 2017;95 (Espec Congr):296.