

HOSPITAL PROVINCIAL
"DR. ANTONIO LUACES IRAOLA"
CIEGO DE ÁVILA

Hernia hiatal paraesofágica. A propósito de un caso.

Paraesophageal hiatal hernia. A case report.

Yelec Estrada Guerra (1), Dianelys Gutiérrez Pérez (2), José Camacho Assef (3), Daily Lebroc Pérez (4)

RESUMEN

Se presenta un caso de aparición poco frecuente, atendido en la consulta de Gastroenterología del Hospital Provincial "Dr. Antonio Luaces Iraola" de Ciego de Ávila. Se trata de una paciente femenina, de 67 años de edad, que acude a consulta con dolor en epigastrio que aumenta con la ingestión de alimentos, pirosis postprandial, vómitos frecuentes y ocasionalmente falta de aire, el examen físico fue totalmente negativo. Se realizaron estudios pertinentes y se arribó al diagnóstico de Hernia Hiatal Paraesofágica. Se realizó cirugía por vía abdominal se logró la reparación del hiato esofágico y se realizó funduplicatura gástrica.

Palabras clave: HERNIA HIATAL/diagnóstico; HERNIA HIATAL/cirugía.

1. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Especialista de 1er Grado en Gastroenterología.
2. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Especialista de 1er Grado en Gastroenterología. Profesor Instructor.
3. Especialista de 1er Grado en Gastroenterología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Profesor Asistente.
4. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Especialista de 1er Grado en Gastroenterología.

INTRODUCCIÓN

Las primeras descripciones de la hernia del hiato esofágico aparecieron en la literatura médica a principios del siglo XVII; sin embargo, probablemente el primer caso de hernia del cardias del estómago a través del hiato esofágico fue el de *Andreu*, descubierto en la Universidad de Aberdeen en 1903 en la sala de disecciones (1). La hernia hiatal es una anomalía que afecta la parte alta del tubo digestivo, es la protrusión del estómago por encima del diafragma. Hay dos tipos principales, la hernia por deslizamiento (tipo I) y la paraesofágica (tipo II), puede describirse un tercer tipo como una combinación de ambas (2-3). Se está en presencia de una hernia hiatal paraesofágica cuando el puente de unión gastroesofágico está en localización 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 (4).

PRESENTACION DEL CASO

Paciente femenina, raza blanca, de 67 años de edad, con antecedentes de Hipertensión Arterial, Osteoporosis y Artritis Reumatoidea de varios años de evolución, para lo cual toma múltiples medicamentos y se encuentra compensada. Acude a la consulta de Gastroenterología por presentar hace varios meses dolor a nivel epigástrico que aumenta con la ingestión de alimentos, se acompaña frecuentemente de vómitos, pirosis postprandial y ocasionalmente de falta de aire. Por los motivos anteriores el facultativo le indica medidas higiénico-dietéticas y le coloca tratamiento con un antisecretores (omeprazol) y un procinético (metoclopramida).

Los síntomas solo presentaron ligero alivio en un corto periodo de tiempo y luego comenzaron a tornarse mas intensos, lo que obligó a la paciente a regresar a consulta.

Se realiza un examen físico exhaustivo, no se encuentra alteraciones.

Se realizan exámenes complementarios

- Laboratorio: negativos.
- Endoscopia oral: se observó orificio herniario vecino a la entrada del endoscopio al estómago en maniobra de retrovisión.
- Rayos x contrastado de esófago-Estómago y Duodeno: se observa protrusión del estómago hacia el tórax a través del hiato esofágico sin deslizamiento de la unión esofagogástrica en sentido cefálico y enrollamiento del estómago sobre la curvatura mayor. (Figura No.1)

Diagnóstico: Hernia hiatal paraesofágica

DISCUSION

La hernia hiatal es una alteración que se encuentra en un 50 por ciento de los pacientes a los 50 años de edad, y solo menos del 3 por ciento, son hernias paraesofágica: una entidad nosológica rara y de particular interés para médicos gastroenterólogos, cirujanos y radiólogos.

Son más frecuentes en el sexo femenino entre los 50 y 60 años de edad, aunque pueden ser consecuencia de una anomalía congénita; en realidad no suelen producirse hasta las edades avanzadas y su aparición depende de factores desencadenantes que aumentan notablemente la presión intraabdominal, y se mencionan entre ellos: tos, vómitos, esfuerzos al defecar, ejercicio corporal excesivo, gestación, ascitis, megacolon y traumatismos graves del abdomen o el tórax (5-6).

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, estas pueden ser grandes y permitir no sólo que el estómago en su totalidad y el omento migren al mediastino, sino que lo hagan otras vísceras como el bazo y el colon.

Los síntomas por los cuales consultan estos enfermos varían desde la clásica tríada de disfagia, regurgitación y dolor torácico, a pirosis, náuseas, vómitos, saciedad temprana y aquellos derivados de las complicaciones agudas como estrangulamiento, obstrucción y perforación. Frecuentemente plantea la necesidad de diagnóstico diferencial con el dolor de origen coronario (7-10).

Los estudios diagnósticos incluyen:

- Radiografía de tórax: burbuja de aire retrocardíaca
- Radiografía baritada de esófago – estómago – duodeno
- Endoscopia digestiva superior.

Estos dos últimos, permiten definir el tipo de hernia, así como también detectar patología esofagogástrica concomitante.

- Manometría esofágica
- PH de 24 horas

Estos son de utilidad en la exploración de la enfermedad por reflujo gastroesofágico que se encuentra asociada a esta patología hasta en un 55% de los casos (11-12).

Las hernias paraesofágicas pequeñas se corrigen solo cuando presentan complicaciones o producen síntomas. La mayoría de los autores acepta que el tratamiento definitivo es quirúrgico y se basa en 2 elementos fundamentales: la reparación del hiato esofágico y la funduplicatura gástrica con el objetivo de crear un manguito de presión y actualmente se propone la técnica laparoscópica más segura y con menos complicaciones para el paciente (13-15).

ABSTRACT

A case of little frequent appearance is presented, taken care of Gastroenterology service from Provincial Hospital "Dr. Antonio Luaces Iraola" in Ciego de Avila. A feminine patient, of 67 years of age, that goes to consultation with epigastrium pain that increase with food ingestion, postprandrial pyrosis, frequent vomiting and occasionally lack of air, the physical examination was negative. Pertinent studies were carried out and it was arrived at the diagnosis of Paraesophageal Hiatal Hernia. Abdominal Surgery achieving the repair of the esophageal hiatus and gastric fundoplication were carried out.

Key words: HIATAL HERNIA/diagnostic; HIATAL HERNIA/surgery.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Bockus HL, Berk JE, Haubrich WS, Kalsner M, Roth JLA, Vilardell F. Gastroenterología: hernia diafragmática del hiato esofágico. La Habana: Científico-Técnica; 1984.
2. Mehta S, Boddy A, Rhodes M. Review of outcome after laparoscopic paraesophageal hiatal hernia repair. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2006; 16(5): 301-6.
3. Castaño Milla C, de la Fuente Fernández E, García Buey L. Gran hernia hiatal paraesofágica tipo III asintomática. *Rev Esp Enferm Dig [Internet].* 2011 [citado 12 Sep 2012]; 103(5): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-01082011000500008&script=sci_arttext
4. Robbins C. Patología estructural y funcional. 4th. Madrid: Interamericana McGraw-Hill; 1990.
5. Betes Ibáñez, MT. Trastornos gastrointestinales. En: Merck M. Trastornos del esófago. Baltimore: Williams & Wilkins; 2005. p. 178-195.
6. Rosero Arenas MÁ, García García MA, Rosero Arenas E, Sanchís Plasencia M. Hernia de hiato. Publicado en FMC. *Form Med Contin Aten Prim [Internet].* 2012 [citado 12 Sep 2012]; 19(4):211-20. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3948263>
7. Martínez Ordaz JL, Blanco Benavides R. Hernia hiatal Paraesofágica. *Rev Gastroenterol Mex.* 2001; 66(3): 157.
8. Gómez Rodríguez T, Mugarza Hernández D. Hernia de hiato Paraesofágica. *Semergen.* 2008; 25(10): 898-899.
9. Al-Balas H, Bani Hani M, Omari HZ. Radiological features of acute gastric volvulus in adult patients. *Clin Imag.* 2010; 34:344-7.
10. Gracia Calvo P, Novoa Carballal R, Fernández García M, Albi Rodríguez G. Hernia de hiato paraesofágica congénita como causa de anemia grave hiporregenerativa. *An Pediatr (Barc).* 2011; 75(6):427-8.
11. García Rodríguez M, Duménigo Arias O. Hernia hiatal mixta. Reporte de un caso. *Rev Cubana Cir [Internet].* 2002 [citado 23 Ene 2008]; 41(2):121-124. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-74932002000200010&script=sci_arttext
12. Oddsdottir M. Paraesophageal hernia. *Surg Clin NA.* 2000; 80:1243-1252.
13. Sinner DB. Hiatal hernia and gastroesophageal reflux. En: Sabiston DC, editor. *Textbook of surgery. The biological basis of modern surgical practice.* Filadelfia: Saunders; 1991. p. 795-807.
14. Peet DL, Klinkenberg Knol EC, Alonso A, Sietses C, Eijsbouts QAJ, Cuesta MA. Laparoscopic treatment of large paraesophageal hernias. *Surg Endosc.* 2000; 14:1015-8.
15. Dallemagne Bernard J, Constant J. Operaciones laparoscópicas antirreflujo fallidas: lecciones de las reintervenciones. *Asoc Mexicana Cir Endosc [Internet].* 2003 [citado 23 ene 2008]; 4(1): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/endosco/ce-2003/ce031b.pdf>

ANEXOS

Figura No.1. Rayos X contrastado de Esófago-Estómago-Duodeno. Hernia Hiatal Paraesofágica

