

Hernia paraesofágica con vólvulo gástrico

Paraesophageal hernia with gastric volvulus

Jesús Castellanos Suárez, Carmen Teresa Valls Figueroa, Odalis Sánchez Torres

Hospital Militar de Matanzas. Cuba.

RESUMEN

La hernia hiatal tipo IV es la más rara. Se puede reparar por vía abdominal o torácica y por la cirugía laparoscópica mínimo invasiva. Paciente de 67 años de edad, de sexo femenino, que presentaba desde hace más menos 5 meses cuadros de vómitos postprandiales inmediatos con repercusión en el estado nutricional, llega con deshidratación ligera al servicio de urgencias, se realiza panendoscopia digestiva superior de urgencia diagnosticándose una hernia paraesofágica con el estómago intratorácico, se complementó el estudio con una serie esófago-gastroduodenal corroborando el diagnóstico de vólvulo gástrico órgano-axial. Se discute el caso en colectivo y se decide su corrección quirúrgica por vía laparoscópica con evolución satisfactoria.

Palabras clave: vólvulo gástrico; hernia hiatal; tratamiento laparoscópico.

ABSTRACT

The hiatal hernia type IV is the weirdest. It can be treated abdominal or thoracic via using lowest invasive laparoscopic surgery. 67 years old patient, female, who was suffering from postprandial vomiting, affecting her nutritional condition. Patient gets to emergency suffering from light dehydration. An upper digestive endoscopy is done. Diagnosis: Paraesophageal hernia in intrathoracic stomach the medical examination was complemented with an esophagus - gastroduodenal study, assuring the gastric volvulus axial- organ diagnosis. The case is analyzed by medical team and patient was treated surgically through laparoscopic surgery. Patient improved satisfactorily.

Keywords: Gastric volvulus; hiatal hernia; laparoscopic surgery.

INTRODUCCIÓN

La hernia hiatal se define como el paso de cualquier estructura no esofágica hacia el tórax a través del hiato diafragmático. Se describen cuatro tipos de hernia hiatal, según la posición de la unión esofagogastrica y la proporción del estómago herniado. El tipo I o deslizante, representa del 85 al 95 % de todas y ocurre cuando la unión esofagogastrica migra hacia el mediastino posterior a través del hiato esofágico. La tipo II se produce cuando el fondo gástrico se desplaza a través del hiato y la unión esofagogastrica se mantiene en su posición normal. El tipo III es la combinación de los tipo I y II, con desplazamiento de la unión esofagogastrica con la protrusión del estómago por el hiato esofágico 1. La tipo IV se caracteriza por el desplazamiento del estómago con otro órgano, sea colon, bazo, páncreas, dentro del tórax, las tipos II; III; IV son raras y representan del 5 % al 15 % de todas.^{2,3}

PRESENTACIÓN DEL CASO

Motivo de consulta: Vómitos.

Paciente de 67 años de edad, del sexo femenino y de tez blanca, que refiere que desde hace 8 meses viene presentando vómitos con restos de alimentos que aparecían aproximadamente a las 12 horas de alimentarse. Refieren los familiares que con el paso del tiempo se ha reducido el tiempo entre ingesta y la aparición del vómito, notando que este ya no solo era con restos de alimentos sino oscuro, acompañándose de sensación de llenura. Por lo antes expuesto, los familiares decidieron alimentarla solo con líquido. Fue valorada en un centro hospitalario donde se ingresa con el diagnóstico de infección del tractus urinario alta complicada con íleo paralítico por los antecedentes en esta ocasión de una sepsis urinaria, al continuar con vómitos oscuros se pide la valoración por el servicio de guardia de cirugía planteándose la posibilidad de síndrome pilórico por posible tumor gástrico y anemia crónica los familiares piden el alta a petición y es traída a nuestro centro donde se decide su ingreso, es llevada al servicio de urgencia y después de ser valorada por la guardia de medicina he indicado los complementarios de urgencia los que se reciben dentro de límites normales, el caso se interconsulta con los especialistas en gastroenterología decidiéndose realizar endoscopia digestiva superior de urgencia y se diagnosticó una hernia paraesofágica con el estómago intratorácico. Se complementa el estudio con una serie radiológica esófago-gastroduodenal corroborando el diagnóstico de válvula gástrica órgano-axial (figuras 1, 2 y 3).



Fig. 1. Radiografía contrastada obsérvese el paso del contraste en retroversión a estómago volvulado.



Fig. 2. Estómago ocupado por contraste.



Fig. 3. Estómago con paso del contraste a intestino en el interior de la hernia hiatal.

Se discute el caso en colectivo de cirujanos y gastroenterólogos donde se decide anunciar de urgencia para su corrección quirúrgica por vía laparoscópica. Durante el procedimiento quirúrgico se realizó devolvulación y reducción del estómago hacia el abdomen, resección del saco herniario, plastia diafragmática y funduplicatura tipo Nissen por laparoscopia con fines de fijación y así evitar los síntomas de reflujo gastroesofágico que puedan presentarse con posterioridad.

DISCUSIÓN

La hernia hiatal se presenta con elevada frecuencia, puede presentarse sintomática o asintomática, el 50 % de los casos vienen refiriendo síntomas de reflujo gastroesofágico, mientras que el 75 % de los pacientes que presentan esofagitis tienen hernia hiatal. La obesidad constituye un factor de riesgo importante para la aparición de la hernia hiatal debido al aumento de la presión intraabdominal que provoca.⁴

La hernia paraesofágica es rara y poco frecuente⁴ la presencia de estructuras en su interior es diversa, es decir el desplazamiento del estómago con otro órgano, ya sea colon, bazo, páncreas dentro del tórax, el páncreas es poco frecuente y se describen en la literatura alrededor de 7 casos.⁵

La sistemática para el diagnóstico se basa en la historia clínica y sobre todo en los antecedentes, ya sea de cirugía torácico - abdominal o de obesidad que son de gran importancia, la realización de radiografías de tórax simple y contrastada así como esófago-gastroskopias. Estas últimas en mucho de los casos no son del todo satisfactorias por la magnitud y la porción de estómago que se encuentre en la hernia, en muchas ocasiones las complicaciones pueden dificultar la misma.⁶

Las hernias paraesofágicas en ocasiones son de evolución crónica pero cuando se presentan de forma aguda, caracterizado por dolor abdominal agudo, disfagia, náuseas y vómitos, representando un cuadro de volvulo gástrico, incarceración, estrangulación, perforación y hemorragia que requieren de cirugía de urgencia. Una de las complicaciones más graves de las hernias paraesofágicas gigantes es la incarceración o estrangulación, que se manifiesta inicialmente por dolor epigástrico intermitente, náusea y vómito^{4,5} y puede acompañarse de necrosis gástrica. La isquemia gástrica es una verdadera urgencia quirúrgica y puede sospecharse por la imposibilidad de pasar una sonda nasogástrica.^{6,7} Otras complicaciones son: oclusión intestinal, hemorragia y ulceración. La prevalencia de síntomas agudos y de incarceración es de 30,4 %, con mortalidad histórica de 50 % para procedimientos quirúrgicos de emergencia, y reportes actuales de 3,9 a 5,1 % y una morbilidad de 22,8 %.⁶⁻⁸

En el tratamiento laparoscópico es aún controversial la aplicación de mecanismos antirreflujo, debido a los síntomas de enfermedad por reflujo gastroesofágico presentes antes de la cirugía (23 - 59 %) y a la posibilidad de anclar la unión gastroesofágica debajo del diafragma. El acceso quirúrgico dependerá de la experiencia del cirujano. Los principales abordajes son por vía transtorácica, laparotomía y, recientemente, por vía laparoscópica. La recurrencia de hernias paraesofágicas gigantes en centros con experiencia varía de 2 a 12 %.⁸

En un estudio de 21 pacientes, *Skinner y cols.* concluyeron que en todos los casos de hernia hiatal tipo II debería intentarse la reparación quirúrgica, ya que 29 % de los sujetos que recibieron manejo conservador eventualmente fallecieron por complicaciones de la hernia paraesofágica.⁹

En un estudio retrospectivo realizado por Luketich y su equipo en 2010 en 662 sujetos a quienes se les reparó laparoscopicamente una hernia paraesofágica gigante, reportaron que los tratados mediante procedimiento electivo tuvieron una mortalidad de 0,5 %, en comparación con los operados de urgencia, que conllevaron una mortalidad de 7,5 %.¹⁰

Así mismo, existen estudios que demuestran que los pacientes con obstrucción intestinal por hernia paraesofágica que fueron operados en las primeras 24 horas tuvieron menor incidencia de sepsis y fiebre posoperatoria, trombosis venosa profunda o comorbilidades pulmonares, aunque no hubo diferencias en mortalidad con respecto a los pacientes en tratamiento retardado (considerado después de 24 horas).^{11,12}

Ante la presencia de casos como estos y lo inespecífico de los síntomas digestivos, una vez realizado el diagnóstico endoscópico se debe reparar el defecto diafragmático con el uso de la cirugía mínimo invasiva, que en el caso que se presenta a través de la misma se obtuvo un resultado satisfactorio, así como una buena evolución, siendo dada de alta médica la paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Coughlin M, Fanous M, Velanovich V. Case report. Herniated pancreatic body within a paraesophageal hernia. World J Gastrointest Surg. 2011 [cited 2016 May 19]; 3(2):29-30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3052411/>
2. George D, Apostolos PV, Athanasios P, Emmanuel L, Nikolaos K, Nikolaos P, et al. Struggling with a gastric volvulus secondary to a type IV hiatal hernia. Case report Med. 2010 [cited 2016 May 19]; 3: [about. 3 p.]. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/crim/2010/257497/>
3. Villegas-Talavera J, Dajer-Fadel W, Ibarra-Pérez C, Borrego-Borrego R, Flores-Calderón O, González-Ruiz F. Hernia paraesofágica tipo IV gigante: Presentación de un caso y revisión de la literatura. RevMedHosp Gen Méx. 2012 [citado 28 Nov 2011]; 75(1): 37-40. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/225030426_Hernia_paraesofagica_tipo_IV_gigante_Presentacion_de_un_caso_y_revision_de_la_literaturaType_IV_giant_paraesophageal_hernia_case_report_and_literature_review
4. Torres-Villalobos G, Martín-del Campo LA, Vásquez-Sánchez L, Carranza-Martínez I, Santiago-Andrade R, Santillán-Doherty P. Optimizando los resultados en hernia paraesofágica. Cir y cirujanos. 2011 [citado 28 Nov 2011]; 79(4):379-83. Disponible en: <http://biblat.unam.mx/es/revista/cirugia-ycirujanos/articulo/optimizando-los-resultados-en-hernia-paraesofagica>
5. Vázquez-Minero JC, Arias-Gutiérrez A, Zepeda-Rojas E, Ceballos-Berruecos R, Pedroza-Franco A, Portillo-Téllez L, et al. Hernia hiatalparaesofágica (tipo IV) con obstrucción intestinal. Reporte de un caso. NeumolCir. Tórax 2011; 70(3):192-8.
6. Vallejo Ramírez AJ, Cañizares Fuentes JC, Barrios Viera O, Batista Rodríguez N. Vólvulo gástrico. Presentación de un caso. Revista de Ciencias Médicas de la Habana [Internet]. 2014 [citado 28 Nov 2011]; 20(2):258-61. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/389/639>
7. Imperatore K, Olivieri B, Vincentelli C. Acute gastric volvulus: a deadly but commonly forgotten complication of hiatal hernia. Autops Case Rep. 2016; 6(1):21-6. doi: 10.4322/acr.2016.024. eCollection 2016 Jan-Mar. PubMed PMID: 27284537; PubMed Central PMCID: PMC4880430.
8. Mark LA, Okrainec A, Ferri LE, Feldman LS, Mayrand S, Fried GM. Comparison of patient-centered outcomes after laparoscopic Nissen fundoplication for gastroesophageal reflux disease or paraesophageal hernia. Surg Endosc. 2011 [cited 28 Nov 2011]; 22(2): [about. 1 p.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18027047>
9. LeguénCardosa J, Esquivia Castro R, Romero Parra G. Vólvulo gástrico. Presentación de un caso. Revista Información Científica. 2014 [citado 28 Nov 2011]; 85(3): [aprox. 1 p.]. Disponible en: http://www.gtm.sld.cu/Imagen/RIC/Vol_85_No.3/volvulo_gastrico_ic.pdf
10. Luketich JD, Nason KS, Christie NA, Pennathur A, Jobe BA, Landreneau RJ, et al. Outcomes after a decade of laparoscopic giant paraesophageal hernia repair. The Journal of thoracic. 2010 [cited 28 Nov 2011]: [about. 3 p.]. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022522309013282>

11. Gálvez-Valdovinos R, Marín-Santillán E, Funes-Rodríguez J, López-Ambriz G. Manga gástrica laparoscópica en volvulo gástrico secundario a eventración diafragmática en paciente adulto. Cirugía y Cirujanos. 2016 [citado 28 Nov 2011];84(2):140-3. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009741115001383>
12. Guerra Pérez E, Llamas Fonte M, Torres Aja L. Vólvulo gástrico: presentación de un caso. MediSur. 2010 [citado 28 Nov 2011];8(5):80-3. Disponible en:
http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727897X2010000500015&lng=es

Recibido: 21 de diciembre de 2016.

Aprobado: 21 de febrero de 2017.

MSc. Jesús Castellanos Suárez. Hospital Militar de Matanzas. Cuba. Dirección electrónica: bibliotecahm.mtz@infomed.sld.cu