

Gran hernia paraesofágica con estómago intratorácico total. Informe de un caso y revisión de la literatura

Great paraesophageal hernia with total intra-thoracic stomach

Mario Melguizo Bermúdez MD,¹

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente de 51 años de edad, de sexo masculino, quien presentaba una gran hernia paraesofágica con el estómago intratorácico en su totalidad y con vólvulos órgano axial. Se discute la clasificación de las hernias paraesofágicas y se propone un nuevo grupo, la Tipo V. Sus síntomas, su diagnóstico y su corrección quirúrgica por vía laparoscópica. En este caso fue necesario cambiar a la vía abierta. Se presentan las diferentes controversias de orden técnico y sus complicaciones. Se hace una revisión de la literatura.

Palabras Clave

Hernia paraesofágica, vólvulo gástrico, cirugía laparoscópica.

ABSTRACT

A case of a 51 year-old male is presented. He had a large paraesophageal hernia with totally intra thoracic stomach and organoaxial volvulus. The classification, symptoms, diagnosis, technical complications and surgical correction by laparoscopic way are discussed. A new group, the Type V, is proposed. In this case was necessary to open the abdomen. Literature review is made.

Key Words

Paraesophageal hernia, Gastric volvulus, Laparoscopic surgery

INTRODUCCIÓN

Durante muchos años, la hernia hiatal jugó papel protagonista en el tema del reflujo gastroesofágico (RGE) y se creía que era la alteración fundamental que explicaba todos los síntomas del RGE, e inclusive la cirugía se orientó al tratamiento quirúrgico de la hernia (1). Se ha aceptado la clasificación de las hernias hiales en tres tipos (2, 3, 4).

La tipo I, o por deslizamiento; en este tipo se presenta un desplazamiento de la unión gastroesofágica al tórax y se asocia a reflujo gastroesofágico. Es la más común (95%) (5, 6). La tipo II es la verdadera hernia paraesofágica; la unión gastroesofágica está en posición

normal intraabdominal pero el fundus ha “rodado” o migrado al lado del esófago, al mediastino. La tipo III, o hernia mixta, posee los dos componentes anteriores; tanto la unión gastroesofágica como parte del estómago han migrado al mediastino (7). Las tipo II y III son menos comunes y ocurren en 2-5% de las hernias hiales, pero pueden acompañarse de vólvulos gástrico en 20% de ellas si los ligamentos gastrocólico y gastroesplénico son muy laxos y la curva mayor rota alrededor del eje órgano axial o mesentérico axial (8).

Las hernias paraesofágicas 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 (9).

¹ Profesor Titular de Cirugía de la Universidad Pontificia Bolivariana. Cirujano General de Planta del Hospital Pablo Tobón Uribe. Editor de la Revista Medicina UPB. Medellín. Colombia S.A.

E-mail: mmelguiz@epm.net.co

Fecha recibido 22-08-05 / Fecha aceptado 22-02-06

Lal, Pellegrini y Oelschlager (10), exponen en su artículo una clasificación con cuatro tipos, en la que la hernia hiatal Tipo IV, correspondería a la tipo III con adición de otros órganos, como el bazo, el colon o el omento, herniados a través del hiatus al tórax.

Nosotros proponemos así mismo la Tipo V, que sería la tipo II con adición de otros órganos, como el bazo, el colon o el omento. A este grupo correspondería el caso que presentamos, pues tenía el estómago herniado en su totalidad, incluidos los omentos, dentro del tórax, y el estómago volvulado.

Los síntomas de las hernias paraesofágicas están relacionados principalmente con problemas de vaciamiento gástrico por la obstrucción (5). Pueden ser asintomáticas (2, 5). Sin embargo, muchos de estos asintomáticos, cuando se les pregunta, tienen historia de malestar y llenura posprandiales, “discomfort” subesternal o epigástrico, acortamiento de la respiración y náuseas (7, 11, 12).

Los pacientes con hernias tipo II, según un importante grupo de investigadores, no presentan síntomas de RGE (13, 14). Sin embargo, cuando se evalúan objetivamente, un 70% de ellos tienen una monitoría de pH de 24 horas anormal (15, 16).

Se considera que los pacientes con hernias paraesofágicas tipo II y III deben ser operados porque pueden desarrollar complicaciones severas (9), las cuales serán discutidas más adelante. Sin embargo, en la última década, este concepto ha sido puesto en tela de juicio (17).

Hemos querido presentar este caso de hernia paraesofágica Tipo II (Tipo V de nuestra propuesta), con herniación del estómago en su totalidad, incluyendo epiplones mayor y menor, con vólvulos órgano axial, por tratarse de un caso poco común, con el fin de discutir su manejo quirúrgico actual y revisar la literatura.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente del sexo masculino, de 51 años de edad, quien consultó por presentar “hernia diafragmática” de 10 años de evolución. Notaba que “la comida se

le atrancaba”, pero esto le sucedía una vez cada mes; además aquejaba agrieras, pirosis y no poder lograr una inspiración completa. El examen físico era normal.

La Rx de tórax mostró una opacidad con nivel, retrocardíaca (ver figuras 1 y 2) y una Rx de E-E-D, un cardias intraabdominal, pero con el estómago intratorácico y un vólvulos órgano axial (ver figura 3), lo que equivale a una hernia paraesofágica tipo II (V de nuestra propuesta), por definición, tal como se había explicado antes.



Figura 1. Rx de Tórax P.A. donde se observa una imagen retrocardíaca con nivel que corresponde a la hernia hiatal.

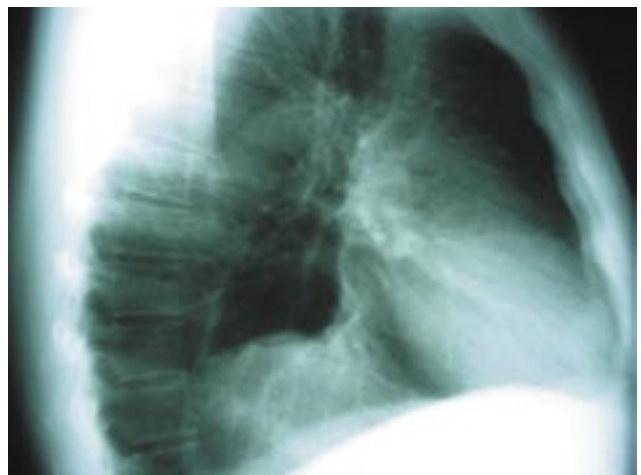


Figura 2. Rx de tórax lateral que muestra la imagen retrocardíaca con nivel (hernia hiatal)



Figura 3. Rx de E-E-D que muestra la hernia tipo II paraesofágica con vólvulos órgano axial. Ha arrastrado consigo ambos epilpones (Hernia tipo V de nuestra propuesta). El cardias está en posición intraabdominal y el estómago, vólvulado, se ha desplazado al tórax a un lado del esófago.

Se le realizó una endoscopia digestiva alta que mostró alteraciones en la visualización normal, como el hecho de que “la curva menor se observa al frente y los 2 compartimientos que corresponden a la incisura y al antro, herniados al lado del fundus. La retroflexión es incompleta y no es accesible el píloro, aunque se visualiza a cierta distancia de aspecto normal”. En el esófago distal había columnas eritematosas exulceradas que correspondían a una esofagitis grado II.

Se decidió llevar a cirugía por vía laparoscópica para corrección de su hernia paraesofágica vólvulada. Se encontró una hernia total del estómago, que en su vólvulación órgano axial había arrastrado al tórax los epiplones gastrocólico y gastrohepático, con el cardias en posición abdominal (Hernia tipo II, o V de nuestra propuesta), tal como se había observado en la serie radiológica. La cirugía se inició laparoscópica, vía por la cual se consiguió avanzar de manera importante, pero en vista de que no había claridad anatómica, fue necesario convertirla a abierta. La hernia se redujo y desvólvuló así de manera completa; a continuación se practicó

escisión del saco herniario y cierre sin tensión del hiatus, lo cual se logró fácilmente y, finalmente, se realizó una funduplicatura tipo Nissen. El hiatus se obliteró con facilidad (sin malla), con material no absorbible; en este caso con poliéster trenzado 2-0; para la funduplicatura se utilizó este mismo material con iguales especificaciones.

El paciente evolucionó satisfactoriamente y fue dado de alta al 4° día postoperatorio. Al 5° mes se le realizó una endoscopia digestiva alta de control que mostró desaparición de la esofagitis, de la hernia y de las alteraciones antes mencionadas. Fue ahora posible acceder al píloro y al duodeno.

La Rx de E-E-D- de control mostró un estómago intrabdominal, no vólvulado (ver fig 4) y sin reflujo. Actualmente lleva 36 meses de operado y se encuentra asintomático.

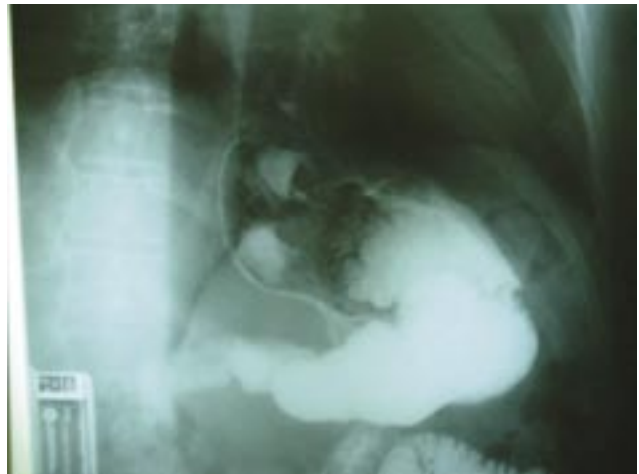


Figura 4. Rx de E-E-D que muestra el estómago en posición normal (sin vólvulos) y sin hernia paraesofágica después de la cirugía. Se observa la funduplicatura.

DISCUSIÓN

Como anotábamos antes, se ha considerado que las hernias paraesofágicas deben ser operadas una vez diagnosticadas, ya que pueden desarrollar complicaciones severas tales como incarceration intratorácica del estómago con obstrucción, en cuyo caso se manifestarán con vómito, disfagia y dolor torácico;

alteraciones en la función pulmonar por compromiso de la expansión; sangrado por ulceraciones de origen mecánico o isquémico; estrangulación y perforación (2, 5, 11, 12). La cirugía ha sido recomendada siempre en estos casos, sin importar los síntomas, porque si se dejaban sin operar la rata de complicaciones llegaba al 30%, con altas morbilidad y mortalidad (2, 4, 5, 11). Este ha sido el criterio que siempre se ha manejado, pero en la última década, se ha venido cuestionando. Publicaciones recientes muestran una incidencia de complicaciones mucho menor.

La rata de progresión a cirugía urgente de pacientes asintomáticos con hernia paraesofágica, se considera hoy que es de 1,16% por año (18, 19).

Es muy frecuente que una radiografía de tórax sugiera el diagnóstico de hernia hiatal al observar un nivel líquido y aire o una opacidad retrocardíaca. La endoscopia no suele ser concluyente y menos cuando hay volvulación, pero el endoscopista observa una gran alteración morfológica. La radiografía de esófago, estómago y duodeno confirma el diagnóstico y puede distinguir entre una tipo II o III (9, 20) y diagnostica la volvulación.

La cirugía debe reducir el estómago herniado y/o volvulado, extirpar el saco herniario y cerrar el hiatus esofágico (2, 5). Sigue siendo debatido si se debe agregar una cirugía antirreflujo, una gastrostomía o una gastropexia (21, 22). La funduplicatura de rutina, en especial en la tipo II, continúa siendo materia de debate (13-15, 21-24).

Los primeros pasos en la cirugía de este tipo de hernias son la reducción del estómago herniado y la extirpación del saco herniario (2, 14, 25, 26). La remoción del saco herniario parece ser la parte más difícil de la cirugía por lo cual varias veces no se hace o se hace de manera incompleta (27-29). Es necesario resecarlo y liberar todas las adherencias circunferencialmente para evitar recurrencias de la hernia (9).

Después de la introducción de la vía laparoscópica para la corrección de las hernias paraesofágicas en 1992, el cierre crural fue motivo de debate (9). Se han descrito

varios métodos para su cierre (2, 25-27). Se recomienda el uso de suturas separadas no absorbibles posteriores con lo que se obtiene un cierre del hiatus sin tensión (9, 20, 25). Esto se logra, incluso, aunque haya grandes defectos hiatales, como lo informan Krähenbühl y cols (20) y Oddsdottir (9). La malla no es necesaria siempre y cuando se haga una completa disección (10, 25, 30). No olvidemos que este material extraño puede horadar el esófago, causar severas reacciones fibrosas, ocasionar estenosis esofágicas y aumentar el riesgo de infección (9, 20, 26, 31). No obstante, algunos cirujanos defienden el uso de las mallas (26, 27, 31, 32).

Creemos importante adicionar una cirugía antirreflujo basados en los siguientes hechos:

1. Muchos pacientes, aproximadamente 50%, tienen reflujo preoperatorio (7, 15, 21, 30).
2. Es muy difícil hacer una selección adecuada porque los exámenes son poco confiables. No obstante, en quienes se ha realizado, se ha observado monitoría de pH de 24 horas esofágica alterada en 70% de los pacientes (15, 16).
3. La completa disección circunferencial del área hiatal predispone a reflujo (21, 25).
4. Algunos pacientes tienen síntomas claros de reflujo sin hallazgos endoscópicos (20). Actualmente, con un mejor conocimiento fisiopatológico del reflujo gastroesofágico y sus efectos, la mayoría de los cirujanos está de acuerdo con adicionar una funduplicatura (9, 20, 21, 25, 34). Nuestro paciente tenía una esofagitis grado II.

Con respecto a la fijación del estómago, podemos anotar que es recomendada por la mayoría de los cirujanos (11, 13, 14). Algunos recomiendan la gastropexia anterior (20) y otros consideran que la funduplicatura es suficiente para fijar el fundus y además, controla el reflujo gastroesofágico (9).

En conclusión, los resultados satisfactorios a largo plazo en este tipo de pacientes, se logra si se realizan los siguientes pasos: reducción del estómago, escisión del saco herniario, cierre del hiatus y fijación del estómago

con funduplicatura y/o gastropexia (9). Otros autores afirman que además de la funduplicatura debe adicionarse una gastropexia (20).

La serie de Krähenbühl y cols (20) de 12 pacientes con hernias paraesofágicas (Tipos II y III) llevados a cirugía, nos muestra que 7 de ellos tenían hernias tipo II. Todos los pacientes tenían síntomas obstructivos de más de 19 años de evolución. En tres de sus casos se presentó un vólvulos órgano axial (uno en hernia tipo II y dos en hernia tipo III). De los 12 pacientes, en 11 fue posible su ejecución laparoscópica. En ningún caso utilizaron malla para la aproximación de la crura y a todos se les practicó una funduplicatura tipo Nissen. A siete de los pacientes se les adicionó una gastropexia anterior.

Puede colegirse de lo hasta aquí discutido, que esta cirugía es posible por vía laparoscópica aunque haya volvulación concomitante, como en nuestro caso, y que se presentó en la serie de Krähenbühl sólo en tres de sus pacientes. Esta vía, comparada con la abierta para corregir las hernias paraesofágicas, es mejor tolerada y presenta menos complicaciones (33); sin embargo, las complicaciones perioperatorias varían de 10% a 37% (27, 30, 34). Por razones relacionadas con la edad de muchos de estos pacientes (70 años) tienen riesgo de atelectasia pulmonar, trombosis venosas profundas, embolismo pulmonar, infarto del miocardio y arritmias (12). Como siempre sucede, es posible la necesidad de conversión a cirugía abierta. Pero definitivamente la vía laparoscópica es segura y efectiva, posee bajas mortalidad y morbilidad, menor estancia hospitalaria y recuperación más rápida, lo cual la hace la vía de elección siempre que sea posible (9, 25, 26, 30).

REFERENCIAS

- Melguizo M, Ruiz M. Reflujo Gastroesofágico. *Rev Colomb Cir* 1990; 5: 25-30.
- Hill LD, Tobias JA. Paraesophageal hernia. *Arch Surg* 1968; 96: 735-744.
- Naunheim KS, Baue AE. Paraesophageal hiatal hernia. En: Shields TW (ed): *General Thoracic Surgery*, ed 4ª. Philadelphia: William and Wilkins. 1994.
- Vargas JI. Hernia diafragmática. Reflujo gastroesofágico patológico. Cali: Indugráficas 1979.
- Skinner DB, Belsey RH. Surgical management of esophageal reflux and hiatus hernia. Long-term results with 1030 patients. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1967; 53: 33-54.
- Sweet RH. Experience with 500 cases of hiatus hernia. *J Thorac Surg* 1962; 44:145.
- Wo JM, Branum GD, Hunter JG. et al. Clinical features of type III (mixed) paraesophageal hernia. *Am J Gastroenterol* 1996; 91: 914-916
- Haas O, Tat P, Christophe M et al. Surgical results of intrathoracic gastric volvulus complicating hiatal hernia. *Br J Surg* 1990; 77: 1379-1381.
- Oddsdottir M. Paraesophageal hernia. *Surg Clin N A* 2000; 80:1243-1252.
- Lal, DR, Pellegrini CA, Oelschlager BK. Laparoscopic repair of paraesophageal hernia. *Surg Clin N Am* 2005; 85: 105-118.
- Landreneau RJ, Johnson JA, Marshall JB et al. Clinical spectrum of paraesophageal herniation. *Dig Dis Sci*. 1992; 37: 537-544.
- Wu JS, Dunnegan DL, Soper NJ. Clinical and radiologic assessment of laparoscopic paraesophageal hernia repair. *Surg Endosc* 1999; 13: 497-502.
- Ellis FH Jr. Diafragmatic hiatal hernias: Recognizing and treating the major types. *Postgrad Med* 1990; 88: 113-124.
- Ellis FH Jr, Crozier RE, Shea JA. Paraesophageal hiatus hernia. *Arch Surg* 1986; 121: 416-420.
- Fuller CB, Hagen JA, DeMeester TR et al. The role of fundoplication in the treatment of type II paraesophageal hernia. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1996; 111: 655-661.
- Walther B, DeMeester TR, Lafontaine E et al. Effect of paraesophageal hernia on sphincter function and its implication on surgical therapy. *Am J Surg* 1984; 147: 111-116

17. Floch NR. Paraesophageal hernias: current concepts. *J Clin Gastroenterol* 1999; 29:6-7.
18. Allen MS, Trastek VF, Deschamps C. et al. Intrathoracic stomach. Presentations and results of operation. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1993; 105: 253-8.
19. Stylopoulos N, Gazelle GS, Rattner DW. Paraesophageal hernias: operation or observation? *Ann Surg* 2002; 236: 492-500.
20. Krähenbühl L, Schafer M, Farhadi J et al. Laparoscopic treatment of large paraesophageal hernia with totally intrathoracic stomach. *J Am Coll Surg* 1998; 187: 231-237.
21. Casabella F, Sinanan M, Horgan S, Pellegrini CA. Systematic use of gastric fundoplication in laparoscopic repair of parasophageal hernias. *Am J Surg* 1996; 171:485-489.
22. Myers GA, Harms BA, Starling JR. Management of paraesophageal hernia with a selective approach to antireflux surgery. *Am J Surg* 1995; 170:375-380.
23. Rakic S, Pesko P, Dunjic MS et al. Paraesophageal hernia repair with and without concomitant fundoplication. *Br J Surg* 1994; 81: 1162-1163.
24. Williamson WA, Ellis FH Jr, Streitz JM et al. Paraesophageal hiatal hernia: Is an antireflux procedure necessary? *Ann Thorac Surg* 1993; 56: 447-451.
25. Oddsdottir M, Franco AL, Laycock WS et al. Laparoscopic repair of paraesophageal hernia. New acces, old technique. *Surg Endosc* 1995; 9: 164-168.
26. Willekes CL, Edoga JK, Frezza EE. Laparoscopic repair of paraesophageal hernia. *Ann Surg* 1997; 225: 31-38.
27. Edelman DS. Laparoscopic paraesophageal hernia repair with mesh. *Surg Laparosc Endosc* 1995; 5: 32-37.
28. Edye MB, Canin-Endres J, Gattorno F et al. Durability of laparoscopic repair of paraesophageal hernia. *Ann Surg* 1998; 228: 528-535.
29. Kuster GG, Gilroy S. Laparoscopic technique for repair of paresophageal hiatal hernias. *J Laparoendosc Surg* 1993; 3: 331-338.
30. Perdakis G, Hinder RA, Filipi CJ et al. Laparoscopic paraesophageal hernia repair. *Arch Surg* 1997; 132: 586-589.
31. Frantzides CT, Richards CG, Carlson MA. Laparoscopic repair of large hiatal hernia with polytetrafluorethylene. *Surg Endosc* 1999; 13: 906-908.
32. Paul MG, DeRosa RP, Petrucci PE et al. Laparoscopic tensio-free repair of large paraesophageal hernias. *Surg Endosc* 1997; 11: 303-307.
33. Schauer PR, Ikramuddin S, McLaughlin RH et al. Comparison of laparoscopic versus open repair of paraesophageal hernia. *Am J Surg* 1998; 176: 659-665.
34. Trus TL, Bax T, Richardson WS et al. Complications of laparoscopic paraesophageal hernia repair. *J Gastrointest Surg* 1997; 1:221-228.