

TRATAMIENTO DE LA HERNIA HIATAL Y DE SUS COMPLICACIONES

Dr. Miguel Vinueza

Hospital Eugenio Espejo, Quito

Todos conocemos el manejo clínico del paciente con síntomas de esofagitis; sin embargo, pocos son los que aceptan las limitaciones de esta terapia. La verdad es que muchos casos sufren complicaciones que van desde la esofagitis rebelde hasta la malignización de la estenosis péptica del esófago.

FISIOPATOLOGIA DEL REFLUJO Y SUS COMPLICACIONES ESOFAGICAS

a) *La esofagitis péptica*

Ante la existencia de una hernia hiatal y/o la incompetencia del esfínter cardioesofágico, los jugos y fermentos de procedencia digestiva como son el ácido clorhídrico, el jugo pancreático, la pepsina, la bilis etc., producen cambios inflamatorios en el esófago, ocasionando la llamada esofagitis péptica, y en un estadio más avanzado llegar a la ulceración y cicatriz con estenosis.

Desde el punto de vista anatomo-

patológico la mucosa aparece roja y fácilmente sangrante; la submucosas edematosa e hiperhémica, a nivel de la muscular tanto circular como longitudinal la infiltración puede llegar inclusive al tejido periesofágico y edematizar los nódulos regionales.

b) *La ulceración péptica del esófago*

Cuando la esofagitis termina en ulceración, esta puede variar de acuerdo al tipo de mucosa, si se instala sobre mucosa escamosa la ulceración será superficial, pero si es sobre mucosa atípica columnar la ulceración será profunda, conociéndose como úlcera de Barrett, la cual puede situarse hasta por encima del nivel del arco de la aorta. Las úlceras que se presentan 3 ó 4 cm. de la unión esófago-gástrica, suelen tener la combinación de las dos mucosas, siendo el borde superior de la úlcera de tipo escamoso y el inferior de tipo columnar, sin embargo cuando la úlcera se cicatriza o sea se reepiteliza (Bremner

y Col 1970) el epitelio será columnar en su integridad.

La hemorragia de una úlcera péptica de esófago suele ser de poca intensidad, sin embargo, tiene importancia por la cronicidad y por lo silencioso del sangrado. Muy raras veces se requieren transfusiones.

La perforación de una úlcera péptica es desde luego mucho más grave; sabemos que puede ocasionar pericarditis, empiema, gangrena de pulmón, absceso subfrénico, peritonitis, etc., y su frecuencia es de hasta un 15% según Roth (1974).

c) *La estenosis péptica del esófago*

La disfagia inicial suele ser consecuencia del espasmo, edema y exudado de la mucosa, pero a medida que avanza y se repite la esofagitis, el proceso reparativo--cicatrizal va originando la estenosis orgánica y permanente de la luz esofágica.

Los factores que intervienen agravando la inflamación y subsecuente estenosis son: la *concentración* y el *volumen* del material gastroduodenal que refluye hacia el esófago, sin embargo, es la duración de la exposición del ácido a la mucosa esofágica el más importante, en consecuencia es el reflujo nocturno el más peligroso, no sólo por la cantidad que refluye sino por la imposibilidad de neutralizarlo.

Es importante señalar que la estenosis no sólo afecta al tamaño de la luz del esófago, sino también a su

longitud, como resultado de la retracción cicatrizal en sentido vertical.

Es así como Findlay y Kelly asociaron en 1931 la estenosis con el acortamiento del esófago. En la práctica, los cirujanos torácicos conocemos que el proceso inflamatorio-cicatrizal interesa a todas las capas del esófago, por ello parte del acto quirúrgico consiste en la liberación del esófago de las estructuras vecinas.

En nuestra casuística de hernia hiatal más del 50% de los casos fueron tratados por estenosis marcadas, que en su mayoría sólo dejaban pasar líquidos.

d) *Complicaciones pulmonares*

La aspiración intermitente que suele ocurrir silenciosamente durante la noche con sintomatología tan variada que va desde la sensación quemante de la garganta y ronquera por el efecto irritativo de las cuerdas vocales hasta la bronquitis y neumonitis, es según Urschel y Paulson (1967) tan frecuente que en su experiencia llega a la mitad de los casos.

e) *Malignización de la estenosis péptica*

No todos reconocen esta complicación, sin embargo, es innegable la malignización de estenosis crónicas con años de evolución y que se acompañan de esófagos dilatados en su porción superior, es por ello

que se insiste en la necesidad de realizar una buena esofagoscopia con dilatación de la estenosis y biopsia en el cuerpo mismo de la estenosis. En nuestra casuística de 27 casos con estenosis pépticas, en 3 se encontró malignización de la estenosis (dos fueron resecables, uno de ellos de 17 años y la primera de esta serie fue inoperable).

TRATAMIENTO

El tratamiento clínico es por todos conocido (antiácido, régimen dietético, pérdida de peso, cama ligeramente elevada para evitar el reflujo nocturno etc.)

Estamos conscientes que los resultados paliativos son bastante buenos y todos tenemos pacientes que se benefician con esta terapia, sin embargo, la cirugía tiene indicaciones precisas, que son a nuestro entender las siguientes:

- a) cuando los pacientes no responden al tratamiento médico;
- b) cuando la esofagitis es frecuente en pacientes muy jóvenes;
- c) en pacientes con esófago corto,
- d) en pacientes con disfagia periódica o permanente;
- e) cuando existe peligro de estrangulación, (hernia paraesofágica).

Es importante señalar que no se debe contraindicar la cirugía en base a los malos resultados obtenidos con técnicas inadecuadas.

Las técnicas quirúrgicas más conocidas para la reparación de la hernia hiatal son: la de Collis, Nissen, Hill, Belsey y Allison.

Para que una técnica dé buenos resultados debe tomar en cuenta ciertos conceptos o mecanismos antireflujo.

La presión positiva intra-addominal debe ejercer su efecto beneficioso de soporte sobre la porción de esófago terminal o sea del esófago que se halla dentro del abdomen. Este factor es de suma importancia y así lo han demostrado los trabajos de Cohen y Col (1971) y Moossa y Col (1973). Por otro lado, Lind y Col (1966) demostraron que ante un aumento en la presión intragástrica, el ángulo agudo cardio-esofágico es presionado contra la pared esofágica opuesta.

Ambos mecanismos facilitan la competencia del esfínter cardio-esofágico. El pinzamiento del esófago por parte del diafragma durante la fase inspiratoria de la respiración parece ser de menor importancia.

En resumen, en la actualidad sabemos que la combinación de estos factores permiten el paso por el esófago, en un solo sentido, imposibilitando el reflujo gastroesofágico en condiciones fisiológicas, ya que tendría que vencer la presión de 80 mm. Hg. según lo demostraron Dornhorst y Col en 954.

Creemos que nosotros hemos tomado en consideración en nuestra técnica quirúrgica todos los factores anteriormente mencionados.

En primer lugar, y luego de la movilización del 1/3 inferior del esófago y la división de los ligamentos freno-esofágicos y la deflacción peritoneal, siempre conseguimos que el segmento de esófago abdominal alcance los 3 ó 4 cm. sin que exista tensión. En los casos de esófago corto con estenosis, realizamos

un paso quirúrgico complementario, que lo describiremos más tarde.

En segundo lugar realizamos la fijación del segmento de esófago abdominal y la formación del ángulo cardioesofágico, utilizando la pared próxima de la curvatura mayor del estómago y envolviendo al esófago en 180 grados, en forma de pirámide cuyo vértice debe ser el punto situado a la altura de los pilares. Para dar mayor robustez y firmeza a los puntos más altos, se le fija la cúpula del estómago al diafragma izquierdo y de inmediato se procede a anudar los puntos de aproximación que previamente se pasaron por los pilares y como quinto y último paso se fija el esófago al pilar izquierdo a nivel de cavidad torácica.

Para los casos de hernia hiatal, con estenosis péptica del esófago, nuestra experiencia y criterio quirúrgico nos ha llevado a buscar una solución conservadora. No creemos que se justifique la anulación total del esófago como sucede con la esofagocoloplastia retroesternal, ni que se hernie permanentemente el estómago dentro del tórax como sucede con la resección y esofagogastronomía. Consideramos que la primera alternativa debe ser usada cuando el esófago no tiene posibilidad de recuperación y la segunda en presencia de un proceso maligno del esófago; por lo tanto, nosotros somos partidarios de la rehabilitación del esófago por medio de la siguiente técnica:

Inmediatamente antes de la cirugía y utilizando la misma anestesia general, se procede a la dilatación de la estenosis, usando el esofagoscopio y los dilataadores rígidos. Como segundo paso, se

realiza la toracotomía izquierda y se procede a movilizar el esófago para liberarlo de las adherencias que lo mantienen corto. Esta maniobra es posible gracias a que existe un plexo arterial y venoso muy rico a nivel intramural y submucoso y por lo tanto se pueden dividir las arterias segmentarias de origen aórtico o intercostal.

Collis (1961) diseñó la técnica de la gastroplastia que consiste en crear un esófago terminal a expensas del estómago. Nosotros la estamos usando últimamente cuando no es posible obtener una buena longitud de esófago por medio de la movilización del esófago torácico.

Por último, en relación a la dilatación, es preciso mencionar que la dilatación conseguida por vía endoscópica siempre la complementamos en forma retrógrada a través de una gastrostomía o aprovechamos la incisión gástrica de la técnica de Collis para pasar dilatadores de acero.

Todos los pasos mencionados, tanto para reparar la hernia hiatal simple como la complicada con estenosis, son realizados a través de una toracotomía posterolateral izquierda a nivel del séptimo espacio intercostal.

Los resultados obtenidos en la cirugía de hernia hiatal simple y complicada en el lapso de 7 años es el siguiente:

REFERENCIAS

- Bremner C. G., Yynch, V. P. and Ellis, F. H.: Barrett's esophagus: Congenital or acquired? An experimental study of esophageal mucosal regeneration in the dog. *Surgery* 68: 209-216 1970.

- Cohen, S and Harris L. D: Does hiatus hernia affect competence of the gastroesophageal sphincter? N. Engl. J. Med 284: 1056, 1971.
- Collis, J. L: A review of surgical results in hiatus hernia. Thorax 16: 114-119, 1961.
- Lind, V. F., Warriam, W. G., and Wankling W. V: Responses of the gastroesophageal junctional zone to increases in abdominal pressure. Can. J. Surg 9: 32-38, 1966.
- Moossa, A. R., Cooley, G. R and Skinner, D, B Intraluminal and intraperitoneal pressures at the cardia; Effect of hormones and surgical intervention. Surg. Forum, 24: 370-372, 1973.
- Both, J. L. A. Esophagitis and Peptic Wear of the Esophagus. Bockus: Gastroenterology. Vol I: 195-210, 1963.
- Urschel, H. C. and Paulson, D, L: Gastroesophageal reflux and hiatal hernia: Complications and therapy. J. Thorac. Cardiovasc. surg. 53: 21-32, 1967.

INTRODUCCION

Se sabe que la Psicología es una ciencia natural en base de experimentación y todavía vivimos, que ha pasado por cuatro grandes periodos sucesivos: 1.- Periodo filosófico-religioso; 2.- Periodo de la explicación mecanicista y neuropsicológica; 3.- Periodo de la explicación psicoanalítica; y 4.- Orientaciones actuales, entre las que se citan la fenomenológica, la teoría Argentina Analítica de H. R. y la Metodología de Guérard y la de Harry Stack Sullivan que afirma que la psicología es el estudio de las relaciones interpersonales. Para Sullivan, el término de la psicología es el de las relaciones interpersonales, en todas y cada una de las situaciones de que esas relaciones forman parte.

Como veremos en el presente trabajo, la psicología durante su evolución y en su actual conformación ha experimentado cambios fundamentales que obligan a una nueva concepción de la psicología y a una nueva metodología de investigación y de enseñanza.

de psicología, que ha sido una psicología mecanicista, la psicología ha sido la psicología de la "estructura de la mente" para los "psicoanalistas" y la "psicología" según se venían enseñando en lo que se refiere a las psicología antiguas todavía no está bien aclarada.

LAS CLASIFICACIONES

Es claro que para clasificar se requiere que el material de que se dispone sea amplio y perfectamente conocido, para clasificar es necesario que el material esté perfectamente definido por excepción y por inclusión.

Y como a pesar de los avances de la ciencia de la psicología y la biología de los organismos

que viven en la Tierra, todavía no se sabe mucho de la vida y de la mente, la psicología sigue siendo una ciencia en desarrollo.