

Hernia de hiato como causa de enfermedad por reflujo gastroesofágico. Reporte de un caso

Hiatus hernia as a cause of gastroesophageal reflux. Case report

Luesma-Bartolomé, M^a José¹; Cantarero-Carmona, Irene²; Blas-Laína, Juan Luís³, Morales-Hernández, Irene¹, Trebolle, José Fernando³

¹Departamento de Anatomía e Histología Humanas. Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza

²Departamento de Ciencias Morfológicas. Sección de Anatomía. Facultad de Medicina. Universidad de Córdoba

³Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Royo Villanova. Zaragoza

Resumen

Objetivo: Presentar un caso de hernia de hiato como causa de enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Metodología: Mujer de 68 años valorada en Consultas Externas de Cirugía General por cuadro de dolor abdominal y pirosis. Diagnosticada de enfermedad por reflujo gastroesofágico secundaria a hernia de hiato, se propone tratamiento quirúrgico para realizar una técnica antirreflujo por vía laparoscópica.

Resultados: El postoperatorio y el seguimiento cursaron sin complicaciones evidenciándose un esófago sin alteraciones de calibre y sin dificultades en la progresión de la columna de contraste al estómago. La paciente presenta un buen estado clínico y es dada de alta definitiva.

Conclusiones: La hernia de hiato es una de las causas más frecuentes de enfermedad por reflujo gastroesofágico. En caso de fracaso del tratamiento médico, la cirugía antirreflujo por vía laparoscópica es la técnica de elección, permitiendo una más rápida y mejor recuperación postoperatoria, y un buen resultado funcional a largo plazo.

Palabras clave: Reflujo gastroesofágico; Hernia de hiato; Cirugía laparoscópica.

Abstract

Objective: To present a case of hiatus hernia as a cause of gastroesophageal reflux disease.

Methodology: A 68-year-old woman was evaluated in External Consultations of General Surgery due to abdominal pain and heartburn. Being diagnosed with gastroesophageal reflux disease secondary to hiatus hernia, surgical treatment is proposed to perform a laparoscopic antireflux technique.

Results: The postoperative period and follow-up were without complications, evidencing an esophagus without alterations of caliber and without difficulties in the progression of the contrast column to the stomach. The patient has a good clinical condition and is definitively discharged.

Conclusions: Hiatus hernia is one of the most frequent causes of gastroesophageal reflux disease. In case of failure of medical treatment, laparoscopic antireflux surgery is the technique of choice, allowing a faster and better postoperative recovery, and a good long-term functional result.

Keywords: Gastroesophageal reflux; hiatus hernia; laparoscopic surgery.

INTRODUCCIÓN

La hernia de hiato (HH) es una alteración anatómica que implica la herniación de elementos de la cavidad abdominal a través del hiato diafragmático (1). La clasificación de las HH es esencial para el diagnóstico y el tratamiento. Según la guía de la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal de 2013 (2), las HH se dividen en 4 tipos: *Hernia deslizante (Tipo I)*: dislocación cefálica del cardias en el mediastino posterior. Se produce un desplazamiento de la unión gastroesofágica por encima del diafragma. El estómago permanece en su alineación longitudinal habitual y el fundus permanece debajo de la unión gastroesofágica. *Hernia paraesofágica (Tipo II o por rodamiento)*: dislocación cefálica del

fondo gástrico con cardias en posición normal. Se produce por un defecto localizado en la membrana frenoesofágica donde el fundus gástrico sirve como punto de herniación principal, mientras que la unión gastroesofágica permanece fija a la fascia preaórtica y al ligamento arcuato mediano. *Tipo III o mixta*: dislocación cefálica del cardias y el fondo gástrico. Tanto el fundus como la unión gastroesofágica se hernian a través del hiato. *Tipo IV*: asociada a un gran defecto en la membrana frenoesofágica, por el que se hernia un órgano adicional, generalmente el colon, el bazo, el páncreas o el intestino delgado (3,4).

La incidencia de hernia de hiato en la población no es bien conocida al ser ésta una patología asintomática en muchos casos.

Sin embargo, algunos autores establecen que la incidencia de hernia deslizante es 7 veces mayor que la de hernia paraesofágica, siendo esta última más frecuente en mujeres que en hombres en una proporción de 4:1 (4). Se estima que más del 85% de las HH son de tipo I y las hernias de tipo II, III y IV representan aproximadamente el 15% restante. De éstas, se estima que más del 90% son tipo III y las menos prevalentes son las hernias tipo II (4).

La etiología de la mayoría de las HH de tipo I se ha asociado con traumatismos, malformaciones congénitas y factores iatrogénicos como el consumo de tabaco y alcohol o el estrés. Sin embargo, las hernias tipo II, III y IV pueden deberse a una complicación de la disección quirúrgica del hiato como ocurre durante los procedimientos antirreflujo, la esofagotomía o la gastrectomía parcial (5).

La pirosis, la regurgitación, el dolor en el pecho y la disfagia son los síntomas más frecuentes en las HH debido al reflujo gastroesofágico que se produce por la deficiencia mecánica del esfínter esofágico inferior (6).

CASO CLÍNICO

Mujer de 68 años remitida a Consultas Externas de Cirugía General por cuadro clínico de dolor abdominal y pirosis. Entre sus antecedentes personales se describen hipertensión arterial y una exéresis de fibroadenoma de mama. En el momento de la consulta presenta dolor abdominal epigástrico de 4 meses de evolución, acompañado de pirosis postprandial y cierto grado de disfonía laríngea. No presenta intolerancia digestiva, pérdida de peso ni ninguna otra clínica gastrointestinal. La exploración física revela normocoloración mucocutánea y abdomen blando, depresible sin palparse masas ni visceromegalias.

Como pruebas complementarias se realizaron las siguientes:

Análisis de sangre – Hemograma: Hemoglobina: 13'4 g/dL, Hematocrito: 40'5%, Leucocitos: 5.1000/μL; Bioquímica: Glucosa: 99 mg/dL, Urea: 52 mg/dL, Creatinina: 0'61 mg/dL; Coagulación: TP: 10'60 seg.

Rx tórax – sin evidencia de patología pleuropulmonar aguda.

Ecografía abdominal – hígado de tamaño normal y ecoestructura conservada, sin lesiones focales. Vesícula sin litiasis ni signos inflamatorios parietales. Vías biliares normales. Páncreas, bazo, y ambos riñones sin hallazgos significativos. Quiste cortical de 17 mm en polo inferior de riñón derecho y quistes sinusales en riñón izquierdo. No se observa líquido libre peritoneal.

Tránsito Esófago Estómago Duodenal – pequeña hernia de hiato con la presencia de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) durante la exploración. Estómago de morfología normal con pliegues gástricos regulares, buen peristaltismo y vaciamiento. Bulbo y marco duodenal dentro de la normalidad (Figura 1).

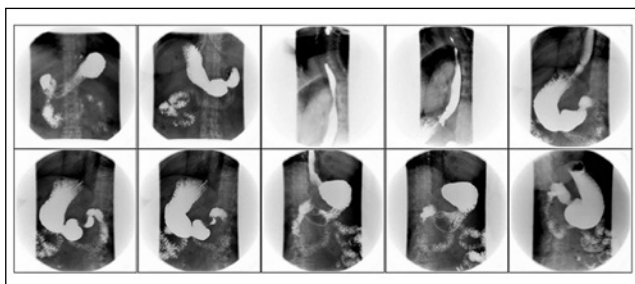


Figura 1. Serie esófago gastroduodenal preoperatoria. Reflujo gastroesofágico asociado a hernia de hiato.

Endoscopia Digestiva Alta – esófago normal. Cardias a 32 cm de arcada dental superior con hernia de hiato. Mucosa de fundus gástrico, cuerpo y antro normal. Píloro permeable con bulbo y duodeno normal.

Manometría esofágica – esfínter esofágico inferior con presión en reposo media en el límite inferior de la normalidad. Índice de relajación normal. Unión esófago-gástrica de tipo III (hernia hiatal). Cuerpo esofágico con ondas peristálticas con patrón de contracción normal, y patrón de presión intrabolo normal. Esfínter esofágico superior con presión en reposo normal. Relajación y coordinación faringoesofágica adecuadas (Figura 2).

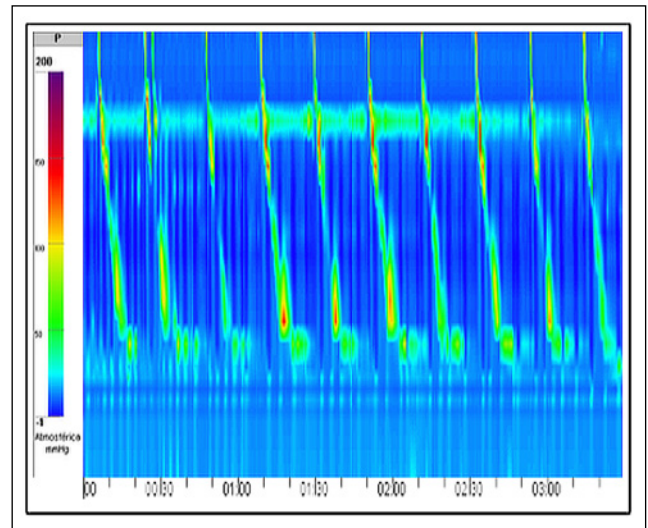


Figura 2. Evaluación de la integridad de la peristáltica. Patrón de contracción normal. Manometría esofágica de alta resolución.

pHmetría esofágica – pHmetría esofágica de 24 horas patológica con predominio en bipedestación, compatible con enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Laringoscopia – importante edema retroaritenoides sugestivo de enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Con la sospecha diagnóstica de hernia de hiato con enfermedad por reflujo gastroesofágico asociada, y tras iniciar tratamiento médico con inhibidores de la bomba de protones y procinéticos con mal control de la sintomatología, se propuso tratamiento quirúrgico con técnica antirreflujo por vía laparoscópica.

El postoperatorio cursó de forma favorable siendo dada de alta el segundo día, sin dolor, con buena tolerancia digestiva, y buen aspecto de las heridas quirúrgicas. En el seguimiento en Consultas Externas la paciente permaneció asintomática, sin clínica de reflujo, disfagia, ni dolor abdominal. Se realizó un Tránsito Esófago Estómago Duodenal de control postoperatorio evidenciando el esófago sin alteraciones de calibre ni dificultades en la progresión de la columna de contraste al estómago (Figura 3). Ante estos hallazgos y el buen estado clínico de la paciente, fue dada de alta definitiva.

DISCUSIÓN

Se presenta el caso de una paciente de 68 años de edad que es diagnosticada de HH con la presencia de ERGE asociada. La principal sospecha de HH se produce en pacientes con acidez, regurgitación y disfagia entre otros y el diagnóstico suele producirse incidentalmente tras realizar ciertas pruebas complementarias para el estudio de dicha enfermedad. En este caso en concreto se decidió realizar las siguientes pruebas complementarias: Una radiografía de tórax que permite observar imágenes sugestivas de hernia por deslizamiento, como burbujas aéreas u opacidades

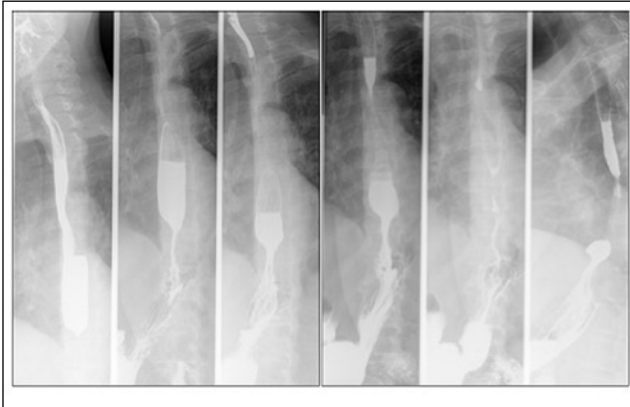


Figura 3. Serie esófago gastroduodenal postoperatoria de control.

supradiaphragmáticas que corresponderían con un estómago intratorácico. Como desventaja, la radiología tiene poca sensibilidad para diagnosticar complicaciones de la mucosa por lo que se recomienda un uso limitado en estos casos (7). En segundo lugar, un esofagograma, realizado con contraste baritado, que permite determinar la anatomía y el tamaño de la hernia, la orientación del estómago y la ubicación de la unión gastroesofágica (8). La endoscopia es muy útil para el diagnóstico de las repercusiones que el reflujo gastroesofágico pueda tener sobre el esófago, como disfagia, sangrado, pérdida de peso o anemia, ya que, asociada a un estudio anatomopatológico puede poner en evidencia esofagitis o esófago de Barrett. Si bien, el diagnóstico por endoscopia de la HH tiene ciertas limitaciones, como por ejemplo, la movilidad de la unión gastroesofágica, la cual puede dar imagen de hernia intermitente con los movimientos de la respiración y/o la deglución, o en aquellos pacientes con esofagitis por reflujo u otras alteraciones de la morfología esofágica, puede hacer difícil la distinción del epitelio escamocolumnar de la unión gastroesofágica (7). La manometría proporciona información sobre las posibles anomalías motoras del esófago o de sus esfínteres. La manometría esofágica es menos eficaz como herramienta para evaluar la HH, pero se considera importante principalmente en situaciones en las que la radiología de bario y la endoscopia no la diagnosticaron (9). Por último, la pHmetría en pacientes con síntomas típicos de reflujo gastroesofágico y endoscopia normal refractarios al tratamiento con inhibidores de la bomba de protones puede ser muy útil, así como para documentar el reflujo ácido patológico en pacientes con síntomas atípicos de ERGE o con esofagitis endoscópica de origen dudoso (10).

La conducta terapéutica tras la sospecha de hernia hiatal siempre se inicia con tratamiento farmacológico de tipo inhibidores de la bomba de protones (omeprazol, pantoprazol, lansoprazol) o antagonistas de la Histamina-2 (ranitidina). En los casos graves, refractarios al tratamiento farmacológico, o en aquellos donde se producen complicaciones (estenosis, hemorragias...) se plantea un tratamiento quirúrgico con técnica antirreflujo por vía laparoscópica. Dentro de las ventajas de la cirugía laparoscópica en estos pacientes destacan una estancia hospitalaria más corta y menos morbilidad como resultado del enfoque mínimamente invasivo (11).

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Drake R, Vogl W, Mitchell A, Gray H. Gray Anatomía básica. Ámsterdam: Elsevier. 2013.
2. Kohn GP, Price RR, DeMeester SR, Zehetner J, Muensterer OJ, Awad Z, et al. Guidelines for the management of hiatal hernia. Surg Endosc 2013; 27:4409.

3. Schwartz S, Brunicaudi F, Andersen D. Principios de cirugía. México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana; 2015, p.980-4.
4. Xuefei Y, Rong H, Kai H, Qiwei S, Qiyuan Y. Laparoscopic hernioplasty of hiatal hernia. Ann Transl Med. 2016;4:343.
5. Peter J, Kahrilas MD, Hyon C, Kim MD, Pandolfino J. Approaches to the Diagnosis and Grading of Hiatal Hernia. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2008;22:601-16.
6. Lindow TA, Franzen T. Evaluation of the Splash Time Test as a Bedside Test for Hiatal Hernia. Gastroenterology Res. 2014;7:118-22.
7. Roman S, Kahrilas P. The diagnosis and management of hiatus hernia. BMJ. 2014;349:g6154.
8. Neyaz Z, Gupta M, Ghoshal UC. How to perform and interpret timed barium esophagogram. J Neurogastroenterol Motil. 2013;19:251-6.
9. Pandolfino J, Kim H, Ghosh S, Clarke J, Zhang Q, Kahrilas P. High-Resolution Manometry of the EGJ: An Analysis of Crural Diaphragm Function in GERD. The American Journal of Gastroenterology. 2007;102:1056-63.
10. Parrilla P, Martínez L, Ortiz A. Cirugía esofagagástrica. Madrid: Arán Ediciones; 2001.
11. Romano A, D'Amore D, Esposito G, Petrillo M, Pezzella M, Romano FM, et al. Characteristics and outcomes of laparoscopic surgery in patients with large hiatal hernia. A single center study. Int J Surg Case Rep. 2018;48:142-44.