

DOS CASOS DE HERNIA DEL HIATUS DIAFRAGMATICO (*)

Dr. P. Larghero Ybarz

Hospital Pasteur — Montevideo

Observación N° 1.

M. del C. G., 42. años, mujer.

SINTESIS CLINICA

Dispepsia atípica datando de 6 años, caracterizada por pesadez y distensión epigástrica post-prandial, con dolor en epigastrio, irradiado al flanco y a HI y seguido de sensación de ahogo. Las crisis aparecían al comienzo cada 3 ó 4 meses, pero últimamente se hacen más frecuentes, de mayor intensidad y de mayor duración. El dolor irradia ahora a la base del cuello. Hace 2 años un estudio radiográfico comprueba la existencia de una sombra para cardíaca izquierda, que no fué interpretada. Hace un año un nuevo examen radiográfico hace el diagnóstico de hernia diafragmática.

Informe radiográfico: Dres. Zerboni, E. R. y Gorlero Armas, A. En el examen simple se observa que la base izquierda del tórax está ocupada por una gran cámara de aire con un nivel líquido, correspondiendo esta imagen al estómago, pues al efectuar el estudio con medio de contraste, se llena de bario. Existe un discreto desplazamiento del mediastino a la derecha.

El estudio con medio de contraste muestra la existencia de 2 bolsas gástricas, una por debajo del hemidiafragma y otra difícil de llenar, haciéndolo solamente en decúbito. Las radiografías tomadas en diversas incidencias, muestran un vólvulo del estómago, estando además la parte superior del órgano en la zona paracárdica izquierda. En ningún momento del examen, se pudo localizar nítidamente el hemidiafragma izquierdo, y aunque existe una zona estrechada que comunica las dos grandes bolsas gástricas, puede corresponder esta parte estrechada a un hiatus anormal del diafragma, por donde se hubiera invaginado el estómago; sin embargo, no podemos ser afirmativos en este sentido, pues también pudo corresponder a un mega diafragma parcial, donde se hubiera ubicado el estómago.

(*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 9 de marzo de 1951.



Obs. 1. — Placa 1. — Se observan dos bolsas gástricas, una superior muy grande y otra inferior más pequeña, entre las dos una zona estrechada, viéndose a ese nivel los pliegues en forma de "espiral" que traducen evidentemente un vólvulo gástrico. Por debajo de la pequeña bolsa inferior, aparece el bulbo duodenal.

Obs. 1. — Placa 2. — Radiografía tomada en oblicua. Para poder observar la terminación del esófago en el estómago.



Obs. 1. — Placa 3. — Ha desaparecido la imagen de vólvulo estando la parte superior del estómago elevada, algo más que lo habitual, conservando el órgano, los caracteres corrientes.

En la funcionalidad gástrica, se observa un marcado retardo a la evacuación, existiendo bario en el estómago aún a las 48 horas de la ingestión.

En cuanto al intestino, no observamos en el delgado mayores modificaciones. En el intestino grueso, el ciego y colon ascendente, están en situación alta, en el hipocondrio derecho, estando el apéndice en situación ascendente y sub-hepático, pero desplazándose fácilmente y pudiéndolo llevar a su posición descendente, no así el ciego que permanece alto. El colon transversal le forma una guirnalda al estómago. El ángulo esplénico no acompaña al estómago en su elevación, sino que se encuentra más bien descendido. Existen en los segmentos cólicos, múltiples imágenes diverticulares.

En la radiografía simple de la región hepática, no observamos imágenes anormales. En cuanto a la hernia umbilical, que presenta la paciente, el colon no penetra en ella.

Operación. 22 de setiembre de 1949.

Anestesia general. Toracotomía resecaando la 9ª costilla izquierda. Voluminosa hernia diafragmática del hiatus cubierta por el lóbulo pulmonar inferior. El saco herniario adhiere al lóbulo inferior y está en contacto por dentro con el pericardio al cual lo unen adherencias laxas. Liberación del esófago de la pared del saco (el esófago se encuentra por fuera de él). La apertura del saco permite comprobar que está ocupado por la cúpula gástrica. El esófago es algo corto y el cardias está a unos 5 cms. por encima del hiatus. Se libera el cardias y el esófago, lo que permite reintegrar el estómago en el abdomen y cerrar el hiatus con puntos de lino, llevando el esófago hacia afuera de la brecha por la maniobra de Wangsteen.

El hiatus es amplio, de unos 10 cms. de diámetro.

Cierre de la pared por planos y drenaje pleural.

Evolución sin incidentes.

Observación 2.

. G. de F., 55 años, mujer. Enferma del Dr. Reyes.

SINTESIS CLINICA

Desde 3 años distención abdominal predominante en el piso alto, con dolores irradiados a derecha e izquierda, hasta el tórax. Vómitos 3 ó 4 horas después de las comidas. Adelgazamiento de 15 kilos. Apetito conservado.

Hernia umbilical sin accidentes, datando de 29 años.

Examen: obesa, pese a la pérdida de peso. Abdomen globuloso; gruesa tumoración de hernia umbilical. Hiper sonoridad en el abdomen alto, predominante a izquierda, con Traube hipersonoro.

Radiografía: hernia diafragmática.

Diagnóstico radiológico de los Dres. Zerboni y Gorlero: hernia diafragmática con vólvulo del estómago. Retardo de evacuación gástrica y divertículos del colon.



Obs. 2. — Placa 1. — La base izquierda está ocupada por una gran cámara de aire, cuyo límite superior llega hasta la altura del hilio.

Obs. 2. — Placa 2. — Ingerido el medio de contraste, se observa la terminación del esófago que está a la altura de la segunda lumbar. El bario se ha desparamado en una gran cavidad, cuyo límite superior está en el tórax y llega a la altura del hilio.



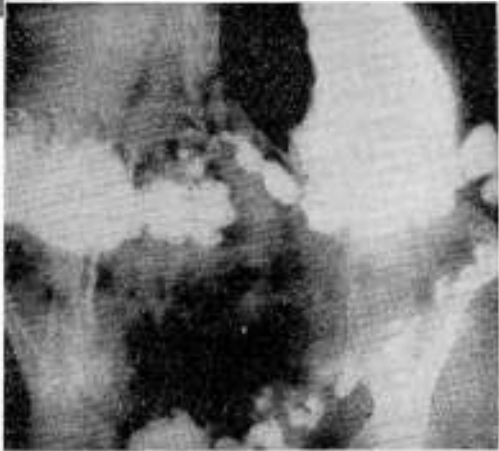
Obs. 2. — Placa 3. — Radiografía en posición de pie, gran cámara de aire, pequeños niveles y el bario depositado en la bolsa inferior.



Obs. 2. Placa 4. Radiografía en transversa, aparecen dos bolsas gástricas, una en la parte superior, en la zona paracardíaca izquierda y a continuación de ésta proyectándose sobre la columna aparece el duodeno. La bolsa inferior, separada de la otra por una amplia escotadura es la porción del estómago vecina al cardias.

Esta radiografía da bien la imagen de vólvulo e inversión del estómago.

Obs. 2. — Placa 5. — El estudio de tránsito intestinal, muestra un ciego alto. El ángulo esplénico está ligeramente desplazado hacia abajo.



Obs. 2. — Placa 6. — Radiografía en decúbito dorsal. Las dos bolsas gástricas bien visibles, separadas por una escotadura. La bolsa gástrica inferior corresponde a la gruesa tuberosidad del estómago, y en su parte más declive se ven los pliegues característicos.

Operación: 14 de febrero de 1951.

Anestesia general. Posición dorso lateral derecha. Incisión tóraco-freno abdominal de Mérola, a lo largo del 10° espacio. Hernia del hiatus diafragmático con estómago volvulado. Se reintegra el estómago al vientre y se despega la tuberosidad gástrica de su inserción en la pared posterior del saco. Incisión circular del saco a nivel del cuello, abandonándose el fondo del saco en el mediastino. Disección de los pilares del diafragma, previa tracción del esófago hacia abajo. Sutura de los pilares del diafragma al hilo de lino, llevando el esófago hacia afuera por la maniobra de Wangesteen. Sutura del peritoneo con catgut. La exploración de la región hepática muestra una enorme vesícula hidrópica con cálculo enclavado en el cístico. Colectistectomía. Cierre de la pared por planos.

Evolución sin incidentes.

S U M A R I O

Se presentan dos casos de hernia del hiatus diafragmático. Los dos casos corresponde a mujeres de 42 y 55 años, respectivamente.

La sintomatología en ambos es semejante, caracterizada por el sufrimiento post-prandial, con dolor irradiado al hemitórax. El diagnóstico fué hecho radiológicamente. Ambos casos fueron tratados de manera diferente.

En la observación 1 se abordó por toracotomía, y en la observación 2 se hizo una tóraco freno laparotomía de Mérola.

De esta pequeña experiencia, concluimos que la tóraco freno laparotomía de Mérola es la incisión ideal para el abordaje y tratamiento de la hernia del hiatus diafragmático.

Dr. García Capurro. — Yo creo que no hay mucha cosa que agregar porque la documentación es muy buena y el diagnóstico preciso.

Ahora, como variedad, son variedades poco frecuentes: la primera es una variedad de hernia, digamos, excepcional, porque la variedad de hernia derecha base mediastínica es siempre es ascendente y nunca de rotación, por lo menos no se describe la hernia de rotación como frecuente sino las hernias de la base derecha y las de la base izquierda. Esta, de la base del mediastino roó, dando la vuelta del estómago y dando más complicaciones, porque tienen grandes congestiones mucosas y llegan a hemorragias profusas que a veces la sintomatología que presenta el enfermo es una sintomatología de una hemorragia intestinal.

Yo creo que no solamente es interesante del punto de vista del tratamiento sino de la variedad de hernia que es una variedad de hernia poco habitual.

Ahora, el otro tipo de hernia, de la base izquierda, con volvulaciones incompletas, es muy frecuente, es el tipo de hernia seguramente a formación congénita del diafragma, o por alteración adquirida del diafragma, con el tipo de eventración diafragmática, que arrastrando el estómago, después se fisura y permite el ascenso del estómago dentro del tórax, dejando entonces, como es habitual, la región tuberositaria por debajo del diafragma, porque el ligamento corónico unido a la pared de él y haciendo que rote el estómago. Me parece una documentación muy linda y muy interesante, los dos casos.

Ahora, este tipo de hernia, yo no lo he visto hasta ahora. Ascenso y rotación ocultando la base mediastinal, ascenso y rotación de las dos bases; no debe pasar por el hiatus esofágico.

Dr. Larghero. — Pasa.

Dr. García Capurro. — Si pasa por el hiato esofágico: tuberosidad primero, digo que si realmente pasa el hiato esofágico: tuberosidad primero es lo que se describe, es lo que conoce la hernia oculta de la base mediastinal en ascenso, que se reduce en posición de pie; ésta es una hernia de rotación que pasa por la gran curva, por el hiato frénico y deja el píloro y la gran tuberosidad abajo. Se da vuelta y entra en el hiatus; no he visto esa variedad descrita.

Dr. Larghero. — Ahí está lo que dice el Dr. García Capurro: esófago, cardías, tuberosidad abajo, cuerpodelestómago, y píloro, gran curva arriba; y el duodeno pasando por delante.

Dr. García Capurro. — Eso en la base mediastínica es excepcional. Yo no lo he visto nunca.

Dr. Larghero. — Yo quiero insistir, solamente decir una vez más, la variedad de la descripción, y que a pesar de todos nuestros esfuerzos no pudimos traer, para leerlo, porque a aquellos a quienes se lo hemos comunicado, por sus citas bibliográficas, se han hecho sordos al requerimiento. Y quiero decir otra cosa: la ventaja de hacer la maniobra de de traer sobre el cierre diafragmático directamente y el hiato diafragmático más bien hacia adelante y no dejarlo contra la columna vertebral daba la seguridad mucho mayor, porque el acercamiento de los pilares es muy difícil en su inserción vertebral. Tan es así que con el esófago hacia afuera y hacia adelante, el cierre esta n hermético y no hay riesgo de recidiva de la hernia que pueden existir siempre naturalmente.

Dr. Etchegorry. — Se agradece al Dr. Larghero la interesante comunicación y se felicita por lo interesante del caso.