

1124/2  
1ej  
26



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado  
Hospital General Tacuba I.S.S.S.T.E.

INCIDENCIA DE ESOFAGITIS EN LA DETECCIÓN  
DE HERNIA HIATAL MEDIANTE METODO RADIO-  
LOGICO, ENDOSCOPICO E HISTOPATOLOGICO  
(1986 - 1987)

TESIS PROFESIONAL

PARA OBTENER EL TITULO EN LA  
ESPECIALIDAD DE RADIODIAGNOSTICO

P R E S E N T A :  
DR. MIGUEL ANGEL RIOS CAMACHO

Director de Tesis: Dra. Elvia Reyes Sánchez



FALTA DE ORIGEN

México, D. F.

1988



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE

	PAG.
INTRODUCCION.....	1
DEFINICION.....	3
ANTECEDENTES HISTORICOS.....	3
ETIOPATOGENIA.....	4
CUADRO CLINICO.....	7
HIPOTESIS.....	10
DIAGNOSTICO.....	11
CLASIFICACION.....	16
MATERIAL Y METODO.....	18
RESULTADOS.....	20
CONCLUSIONES.....	24
BIBLIOGRAFIA.....	27

## INTRODUCCION

La medicina es una ciencia que se encuentra en constante evolución; al paso del tiempo acelera impresionantemente su marcha notándose en todas sus áreas una constante inquietud por descubrir nuevos procedimientos terapéuticos y diagnósticos que simplifiquen y/o profundicen en el conocimiento de las múltiples manifestaciones de la enfermedad.

La radiología actualmente proporciona con pasos gigantescos y sofisticados información respecto a la naturaleza de los procesos que se manifiestan en las enfermedades. Recurriendo a recursos materiales que en ocasiones son incosteables. La situación actual de nuestro país nos obliga a todos aquellos que colaboramos en asociación conjunta al restablecimiento de la salud a recurrir a procedimientos que permitan ser sustituidos por la prontitud con que se pueda realizar un diagnóstico para un tratamiento más adecuado de determinado padecimiento del paciente.

Existe una alta incidencia poblacional que padece hernia hiatal, apreciar su comportamiento en la génesis de la esofagitis, es estudiada mundialmente; en nuestro país contamos con ese alto índice de este padecimiento; La inquietud personal de la presente investigación es la de demostrar que por medio de un estudio convencional como es la serie esófago-gastroduodenal permite dar amplia información ( sin recurrir a estudios altamente sofisticados e incosteables) de la relación existente de la esofagitis con la asociación de la Hernia hiatal.

En los últimos años se ha podido demostrar un alto índice de esta asociación a nivel mundial.

Al observar estos indicadores hacen que por medio de este estudio convencional, se puede emitir con certeza un diagnóstico más confiable, brindándole así al paciente un tratamiento más oportuno.

Otro factor importante es el de establecer si existe una relación del diagnóstico con el sexo, así como en qué etapa de la vida del paciente se presenta con más frecuencia este padecimiento. Reafirmar que los signos radiológicos presentes en el estudio y si se puede sustentar todas las posibilidades establecidas en relación del diagnóstico de hernia hiatal.

## DEFINICION

La hernia hiatal se denomina, a la localización anómala del estómago o de una parte del mismo, en la cavidad torácica, penetrando a través del hiato esófagico.

La hernia hiatal como entidad patológica interesa fundamentalmente, pues en menor o mayor grado llega a causar lesiones y complicaciones del esófago inferior, debido a la incontinencia del esfínter gastroesofágico que permite el reflujo. (23)

## ANTECEDENTES HISTORICOS

La hernia diafragmática es descrita por primera vez en el año de 1575 por Ambrosio Pare ( 6 ) y es hasta el año de 1698 que Riverius describe la hernia congénita del diafragma ( 9 ); la existencia de la hernia hiatal sintomática, fué descrita por Morgagni en 1769, y la eventración diafragmática fué conocida y descrita por primera vez por Pyle en 1784 ( 9 ). Vuelve adquirir importancia este padecimiento a fines del siglo XIX; pero a principios del siglo XX es cuando nuevamente se inician interesantes estudios de observación clínica y sobre todo encaminados a describir cada una de las características de esta alteración orgánica.

Weiting en 1906 hace importantes hallazgos y propone el nombre de "relaxatio diafragmatis" para denominar la eventración diafragmática. Konigcr tres años después emplea el término de diafragma elevado al referirse a este padecimiento. ( 14 )

Neuman publicó en 1919 que este padecimiento le da-

ban poca importancia ya que el sólo había podido describir 49 casos (4).

En 1921 Lewald piensa que la hernia diafragmática es habitualmente congénita, además que no es incompatible con una larga vida y que debe de operarse sólo cuando los síntomas son molestos.

Fineman en 1924 describe un caso de hernia hiatal del tipo esófago corto, haciendo hincapié en la importancia diagnóstica que tiene el de determinar el tamaño del esófago (9). En ese mismo año Curman reporta 17 casos de hernia diafragmática, estudiados radiológicamente en la Clínica Mayo, demostrando así que la frecuencia de este padecimiento es de un caso por cada 13 000 habitantes (4). En 1925 en Baltimore Friedenwald y Feldman llevan a cabo una técnica específica, para demostrar radiográficamente la hernia hiatal. Healy en ese mismo año demostró que las hernias diafragmáticas presentaban dolor retroesternal asociado a regurgitación del contenido gástrico. Y en el año de 1940 Guthrie y Jones demostraron que, las hernias diafragmáticas pequeñas pueden producir más síntomas que las grandes ( 11 ).

#### ETIOPATOGENIA

El hábito pícnico, el enfisema pulmonar y las variaciones de la presión abdominal y torácica, constituyen factores predisponentes. El aumento de la presión intra-abdominal durante el embarazo y los frecuentes vómitos relacionados con él mismo se consideran como factores de terminantes de la hernia diafragmática en el sexo femenino. En otras ocasiones la hernia diafragmática es secundaria a un tumor del tracto digestivo o una estenosis piloro-

rica de cualquier índole. Con menos frecuencia los espasmos que aparecen en el curso de una esofagitis son factores determinantes de la hernia hiatal.

Debido al aumento de la motorización y de los accidentes automovilísticos, se observan con cierta frecuencia las hernias del hiato de origen traumático, debidas al impacto del volante sobre el abdomen.

El acortamiento del esófago por otras causas, también determina la presencia de la hernia hiatal.

Aunque se desconocen las causas por las que esta membrana se altera, estudios recientes sugieren que la membrana frenicoesofágica se deforma, estirándose durante la peristalsis esofágicas por contracción longitudinal del esófago. De hecho en sujetos normales, la unión esofago-gástrica puede presentar en el torax una herniación fisiológica de aproximadamente 1 cm. debido al acortamiento longitudinal del esófago.

En condiciones de reposo, el rechazamiento elástico de la membrana frenicoesofágica sana restituye el cardias a su posición intra-abdominal original.

Estudios relativos a la fuerza de la contracción de la pared en reposo en la unión esofago-gástrica sugieren que existe una influencia de nervios colinérgicos y de algunas hormonas peptídicas sobre la tensión durante la deglución es también nerviosa y los nervios participan - tes son al parecer inhibidores adrenérgicos cuyo transmisor se desconoce.



En relación al reflujo esofágico, su aparición principal está determinada principalmente por el haz muscular especializado que forma el esfínter esofágico inferior.

Se ha encontrado en pacientes con hernia hiatal, que la banda normal de hiperpresión del esfínter falta frecuentemente y de ello la correlación con la presencia de reflujo ( 13 ). Otros factores tienen importancia en la insuficiencia como son: la predisposición en roseta de la mucosa, el ángulo de Niss. La cohesión entre pliegues opuestos de la mucosa y el efecto de la presión intra-abdominal ( 15 ).

## CUADRO CLINICO

El cuadro clínico de la hernia hiatal, está determinado por cuatro factores :

1.- Un factor mecánico , el vaciamiento lento del segmento gástrico herniado después de la toma de alimentos que da lugar a molestias epigástricas y sensación de plenitud.

2.- El aumento de la presión mediastínica que produce, disnea, palpitaciones y ataques de tos.

3.- La irritación frénica puede provocar dolores espasmódicos e hipo.

4.- El factor químico se debe a la regurgitación ácida que aparece en el reflujo gastroesofágico, el cual puede desencadenar la presencia de una esofagitis y una estenosis secundaria.

Los pacientes con pirosis también presentan síntomas sospechosos atribuibles al esfínter esofágico inferior insuficiente, aún cuando estudios recientes han sugerido que la suficiencia del esfínter esofágico inferior, no guarda relación con la presencia o ausencia de hernia del hiato (22), la mayor parte de pacientes con síntomas de esofagitis por reflujo, especialmente los que han desarrollado estenosis inflamatorias, presentan hernia del hiato.

Los síntomas más comunes que refieren los pacientes

son la sensación de pirosis y regurgitación (23). Estos síntomas se manifiestan por un intenso dolor de quemadura detrás del esternón, frecuentemente irradiado al cuello, codo, brazos o interescapular. Por lo general comienzan después de las comidas, y con mayor facilidad si la comida es abundante ó a los movimientos de flexión hacia adelante. Estos síntomas también pueden aparecer durante el descanso nocturno despertando al paciente; y esta frecuencia se relaciona con la posición de decúbito que favorece el reflujo; produciéndose alivio al levantarse de la cama y dar algunos pasos (20).

La flatulencia y la distensión abdominal, es mejorada con eructos espontáneos.

La disfagia es un síntoma común de la hernia por deslizamiento.

La hematemesis y melena son relativamente frecuentes, cuando son graves y se asocian generalmente con una hernia grande de tipo paraesofágica o combinada. En la hernia por deslizamiento (23) la hemorragia procede de la esofagitis y de ordinario es poco intensa. En ocasiones las hemorragias y la anemia ferropénica, son las únicas manifestaciones de una hernia del hiato. No hay signos físicos en la hernia del hiato pero, aunque hay condiciones predisponentes, tales como: obesidad, embarazo, tumores abdominales y escoliosis. El aspecto más importante es la evidencia de que puede pasar por otras enfermedades, especialmente colecistitis y enfermedad coronaria, con las que se debe hacer diagnóstico diferencial.

También el primer síntoma de una hernia puede ser

una complicación de la misma, por ejemplo, una úlcera en el estómago herniado; se puede considerar a la hernia hiatal complicada cuando, por su magnitud, cronicidad y por las características del reflujo se producen alteraciones anatómicas y funcionales importantes como son; la esofagitis péptica grave, la úlcera esofágica, la estenosis, fibrosis y la hemorragia. El papel de las secciones es innegable, más aún si se asocia una úlcera duodenal a la hernia.

## HIPOTESIS

La serie esofagogastroduodenal es un estudio más sencillo para la determinación de la existencia de la hernia hiatal, la cual se asocia frecuentemente.

No es necesario pasar a estudios más sofisticados para dar un diagnóstico certero, con lo cual el paciente recibirá un tratamiento más oportuno, por lo tanto si se aplica la serie esofagogastroduodenal se detectará con toda certeza, al 100 %, sin necesidad de otros estudios.

## DIAGNOSTICO

El cuadro clínico, los hallazgos radiológicos y endoscópicos deberán llevar al clínico a un diagnóstico preciso de la hernia hiatal.

Radiológicamente.— El diagnóstico de las grandes hernias hiatales es fácil, pudiendo en ocasiones ser diagnosticada en la placa simple de tórax.

Se exploró al paciente en, oblicuo anterior derecho con distensión máxima del esófago, con el fin de poner en evidencia el anillo mucoso esofágico inferior suprahiatal.

Cuando este anillo no se puede demostrar es imposible establecer el diagnóstico. Otros signos son, la presencia de 4 a 5 pliegues gástricos por arriba del hiato esofágico o una bolsa supradiaphragmática sin peristalsis no alineada con el cuerpo del esófago.

En la última década ha habido una gran confusión sobre la anatomía de la región esofago-gástrica y la presencia de anillos asociados ( 22 ). En una reciente revisión anatómo-funcional de esta zona se simplificaron y verificaron los criterios concluyendo que, el esófago consiste en un tubo cilíndrico con una terminación sacular ( 13 ).

La parte cilíndrica representa el esófago tubular, mientras que la sacular es el denominado vestíbulo; la

unión de estos dos segmentos es la unión tubulo-vestibular también llamada nivel " A ".

La unión esofago-gástrica está delimitada por la posición de las fibras musculares cruzadas gástricas. Ambas uniones delimitan respectivamente, los límites superior e inferior del vestíbulo esofágico. La línea mucosa escamosa cilíndrica se llama también anillo " B " y está ligeramente por encima del nivel de las fibras cruzadas gástricas, el límite esofago-gástrico se aprecia mejor durante la distensión máxima. En esta revisión, la división del vestíbulo esofágico en la ampolla epifrénica y el segmento sumergido, se considera artificial descartándose el término de ampolla epifrénica.

El concepto del segmento sumergido es valioso en radiología, puesto que, su presencia es indicativa de hernia hiatal, a menudo asociado con reflujo gastroesofágico.

En la región vestibular se encuentran áreas de estrechamiento o anillos, situados entre los límites superior e inferior del vestíbulo esofágico. Tres son los más frecuentes: anillo esofágico mucoso inferior siendo el más común, de la unión esofago-gástrica. Se sitúa en la porción inferior del vestíbulo esofágico, pero la teoría más aceptada es que se asienta en la unión esofago-columnar.

Radiológicamente este anillo delimita la porción distal o inferior del vestíbulo y su unión con el estómago. Su presencia por encima del hiato diafragmático se

considera como signo de la hernia hiatal por deslizamiento.

Anillo muscular.- Se sitúa en la unión túbulo-vestibular, está recubierto por epitelio escamoso.

Radiológicamente aparece como un estrechamiento liso y amplio en el tercio superior del vestíbulo. Desaparece con distensión máxima.

Anillo anular péptico.- Asienta en la unión escamoso-columnar en una localización aproximada al anillo mucoso. Estos son más anchos que el anillo mucoso y presentan una irregularidad asimétricas.

En la exploración endoscópica se pueden encontrar los siguientes datos:

1.- La unión esofagogástrica se halla a menos de 30 cm. de la arcada dentaria superior.

2.- A menudo se observa un reflujo espontáneo del jugo gástrico en el esófago.

3.- La altura de la unión esofagogástrica, varía en relación con las oscilaciones de la presión abdomino-torácica.

4.- El instrumento puede pasar libremente en el segmento herniado, donde se reconocen con claridad los pliegues de la mucosa gástrica. La presencia de la mucosa gástrica en forma de lengüeta o en forma circular en el interior del esófago que se reconoce por su coloración rojo intenso y por su mayor fragilidad, constituye un hallazgo frecuente que no debe confundirse con una hernia.



El padecimiento más frecuente del esófago es la esofagitis, siendo la causa principal el reflujo gastroesofágico y las causas menos comunes las infecciones por gérmenes oportunistas.

Los signos radiológicos típicos incluyen:

1.- Pliegue polipoide esofagogástrico. Descrito por Blashman y colaboradores, es un pliegue del fundus gástrico que cruza la unión esofagogástrica y que termina en una protuberancia polipoide en el esófago distal. Se desconoce su mecanismo de producción.

2.- Erosiones mucosas y ulceraciones; La lesión característica de la esofagitis por reflujo son, unas erosiones mucosas puntiformes de aspecto abigarrado, localizadas en el esófago distal. Tienen una tendencia a una configuración lineal, extendiéndose perpendicularmente a la zona de unión escamoso-columnar.

Puede verse también pequeñas ulceraciones pépticas similares a las que aparecen en el estómago.

3.- Estenosis, estas úlceras al curar dejan grados variables de estenosis, generalmente asimétricas y localizadas, con cierto grado de rigidez.

4.- Esófago de Barret, lesión adquirida que se caracteriza por una metaplasia columnar progresiva del esófago, secundaria a una esofagitis crónica por reflujo.

La naturaleza premaligna de esta entidad ha sido confirmada, observándose un aumento significativo en la incidencia de adenocarcinoma del esófago que se sitúa en 8.5 al 10 % más que la población general. (12)

Radiológicamente los hallazgos son poco específicos la hernia hiatal se le ha asociado con una esofagitis va

riando el porcentaje en los diferentes estudios, en ellos se habla de una relación a la severidad de la esofagitis con el tamaño de la hernia, además se dice que la esofagitis sin hernia se debe al alcoholismo crónico ( 20 ).

Las alteraciones mucosas secundarias a la esofagitis son la estenosis y úlceras esofágicas. La estenosis es el hallazgo más frecuente y se localiza en el tercio inferior del esófago, siguiéndole en frecuencia el tercio medio, siendo excepcional por encima del arco aórtico ( 22 ).

La presencia de hernia hiatal, reflujo gastroesofágico, estenosis y ulceraciones son sugestivas del diagnóstico radiológico de esofagitis ( 2 ), ( 6 ), ( 7 ), ( 8 ).

## CLASIFICACION

La clasificación de la hernia hiatal varía según los autores, la más aceptada es la de Akerlund (1926) que las clasifica en tres tipos;

Tipo I. Estómago parcialmente intratorácico causado por un esófago congénitamente corto, en realidad no representa una verdadera hernia del hiato. A esta condición se le denomina esófago corto adquirido o secundario.

Tipo II. Hernia paraesofágica, que aparece situada junto al cardias, el cual mantiene su posición normal, y se debe a que una parte del estómago se desplaza y forma un saco herniario que asciende hasta el mediastino, penetrando a través del hiato.

Tipo III. La hernia por deslizamiento del estómago (hernia del hiato axial), en la que el esófago es de longitud normal, con el cardias y la parte alta del estómago penetran en el mediastino a través de un hiato excesivamente amplio. Siendo el tipo más frecuente de presentación en el 99 % de las hernias hiatales. (17)

De acuerdo a la clasificación, podemos radiológicamente identificar de la siguiente manera.

Tipo I o esófago corto:

1.- En la posición de pie está presente un segmento intratorácico no reducible del estómago.

2.- El segmento intratorácico del estómago es generalmente tubular, cilíndrico o cónico.

3.- El esófago es demasiado corto.

4.- La unión entre el esófago y la parte intratorácica del estómago está formada por un corto segmento estrechado con paredes rígidas y sin dibujo en la mucosa.

5.- La transición entre el segmento estrechado y los segmentos contiguos es gradual, con frecuencia en forma de reloj de arena. En la posición supina se observa en gene-

ral reflujo gastroesofágico después del llenado gástrico.

6.- Frecuentemente, el segmento estrechado intermedio contiene una ulceración en forma de nicho.

7.- El aspecto es constante en las posiciones erecta y supina.

Tipo II o hernia paraesofágica:

Es muy rara y la más fácil de identificar, casi siempre son hernias no reducibles y por lo tanto se observan fácilmente en la posición erecta a causa de la presencia de una burbuja de aire epifrénica recubierta durante la deglución por una delgada capa de bario. En la proyección frontal, la hernia gástrica esconde el esófago inferior el cual pasa por detrás de la hernia y llega al cardias en una posición intrahiatal o subdiafragmática.

Tipo III o por deslizamiento:

Generalmente son pequeñas y reducibles en la posición erecta. En ciertos casos el ángulo de His es excesivamente grande y la convergencia de los pliegues gástricos de la mucosa hacia el hiato en la posición erecta, hacen sospechar una hernia deslizante, la cual se evidencia solamente en la posición supina después de un llenado gástrico completo.

## MATERIAL Y METODO

En la presente investigación se contó con la participación y selección de pacientes de la Consulta Externa de Clínicas Perifericas y pacientes hospitalizados con diagnóstico de enfermedad ácido péptica y otras.

De acuerdo a un programa de predicción de hernia hiatal, se inició un seguimiento estrecho que permitiría disponer de información radiológica y endoscópica con diagnóstico de hernia hiatal , biopsia de esófago en todos los casos corroborándose por la presencia de esofagitis por histopatología.

Se estudiaron treinta pacientes variando su edad desde los treinta a los ochenta años, realizándose en el lapso de un año. A todos los pacientes se les solicitó su conocimiento para la participación en el estudio; así como el apoyo de los Servicios de Endoscopia y Patología del Hospital General Tacuba del I.S.S.S.T.E.

El indicador radiológico para evaluar el diagnóstico de Hernia Hiatal, fué el estudio de la serie Esófago-gastroduodenal, tomando en consideración los pliegues gástricos por arriba del hiato, hiato amplio, reflujo gastroesofágico y anillos de Schanstky.

Para la descripción endoscópica se realizó, con un fibroscopio de vidrio Tipo A C M F 8, previa aplicación de Atropina al 0.001 g por vía intramuscular y Xilocaina al 2 % spray en orofaringe; explorando los diferentes segmentos esofágicos en especial tercio inferior; apre-

ciándose la coloración de la mucosa esofágica y las dimensiones de sus pliegues, reforzándose con maniobra de Valsalva, y verificar la permeabilidad de la unión esofago-gástrica al paso del fibroscopio; concluyendo la endoscopia con la toma de biopsia de los cuatro segmentos esofágicos en relación a la dirección de las manecillas del reloj: 12, 3, 6, 9.

De la investigación realizada se excluyeron los pacientes, con patología hepática agregada, cirróticos, infarto-reciente y niños; y aquellos pacientes postoperados o con tratamiento médico.

Para la descripción y fines de este trabajo de investigación, se dividió a la población en dos grupos de acuerdo al sexo.

## RESULTADOS

Se estudiaron treinta pacientes cuyas edades fluctúan entre los treinta y los ochenta años de edad, se identificaron quince pacientes del sexo masculino y quince pacientes del sexo femenino. Que representan el 50 % con una relación de 1: 1 .

De acuerdo al grupo de edad y sexo se hizo una división a razón de un período de cinco años.

En el grupo del sexo masculino se observó, que el diagnóstico de hernia hiatal fue más significativo en aquellos pacientes que fluctuaron su edad entre los treinta a treinta y cinco años; representando con ello el 33 %, con el indicador gráfico de 5 pasos de la muestra; seguido por el grupo de treinta y seis a cuarenta años de edad con tres pacientes representando el 20 % en los grupos siguientes de cuarenta y uno y cuarenta y cinco años y de setenta y seis a ochenta años siendo dos casos en cada grupo que representa el 13 % y la menor incidencia fue de los grupos de edad de cuarenta y seis a cincuenta años, de los sesenta y uno a los sesenta y cinco años y de los sesenta y seis a los setenta años de edad, observándose un solo caso, representativo del 7 %.

En el grupo del sexo femenino por igual el diagnóstico de hernia hiatal fue en pacientes cuya edad fluctuó de los cincuenta y uno a los cincuenta y cinco años de edad; representando con ello el 27 %, con el indicador gráfico de cuatro pacientes de la muestra; seguido por el grupo de cuarenta y seis a los cincuenta años de

edad con tres casos que representa el 20 %, en los grupos de treinta y seis a cuarenta años, de cuarenta y uno a cuarenta y cinco y de sesenta a sesenta y cinco años, dos casos que representan el 13 %. Teniendo menor incidencia en los grupos de sesenta y seis a setenta años y los de setenta y uno a setenta y cinco años con un solo caso representando el 7 %.

De acuerdo al diagnóstico clínico y el sexo se observó que la mayor incidencia fué para el sexo masculino de síndrome ulceroso con siete casos, representativo de un 46 % ; seguido del diagnóstico de hernia hiatal y enfermedad ácido-péptica con cuatro casos representativos del 26.5 % y en menor incidencia con un caso que significó un 7 % el diagnóstico de gastritis.

En el grupo del sexo femenino y diagnóstico clínico la mayor incidencia fue la enfermedad ácido-péptica en siete casos, representativos de un 46 %; seguido por el diagnóstico de hernia hiatal con seis casos que representan el 40 % y la menor incidencia fue el diagnóstico de síndrome ulceroso y la gastritis con un solo caso que significó el 7 %.

Los signos radiológicos encontrados y su relación con el sexo masculino mostraron mayor incidencia en catorce casos los pliegues gástricos por encima del hiato, en catorce casos siendo representativo de un 73 % seguido de hiato amplio en diez casos representaron un 66 %, reflujo gastroesofágico con siete casos representativos de un 46.6 % .Pudiendo demostrar en solo tres casos el anillo de Schanstky que representó un 20 %.



En el sexo femenino y la relación de los signos radiológicos fueron en mayor incidencia: los pliegues gástricos por encima del hiato, en los quince casos el 100 % seguido de hiato amplio en doce casos de un 80 % reflujo gastroesofágico en 9 casos representando el 60% y anillo de Schanstky en seis casos representando un 40 %.

Por endoscopia la relación del diagnóstico de hernia hiatal con esofagitis y el sexo masculino mostró que en nueve casos se diagnosticó la esofagitis, representando un 60 % de la muestra total y el diagnóstico de hernia hiatal sin esofagitis en solo seis casos, representativo del 40 %.

En el sexo femenino y el diagnóstico de esofagitis por endoscopia nos mostró que en once casos fueron positivos con lo cual representa un 73.4 % y el diagnóstico de hernia hiatal sin esofagitis en cuatro casos fue de un 26.6 %.

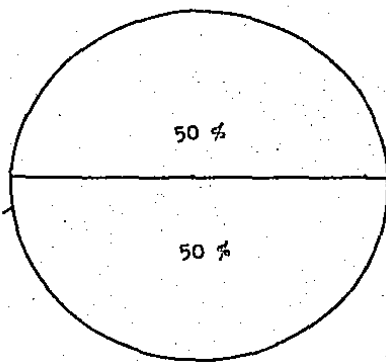
Por el diagnóstico histopatológico, se observó en el sexo masculino el diagnóstico de esofagitis en once casos representativo de un 73.3 % ; en dos casos la muestra fue insuficiente para poder emitir un diagnóstico que nos representa el 13.3 % y con un caso se apreció el diagnóstico de mucosa esofágica normal y un caso de adenocarcinoma de esófago que representaron el 7 % de la muestra total.

Por el diagnóstico histopatológico se observó en el sexo femenino que el diagnóstico de esofagitis se presentó en doce casos representativo de un 80 %; en tres

casos la muestra fue insuficiente para poder emitir un diagnóstico lo cual da un 20 % de la muestra global.

DISTRIBUCION DE ACUERDO AL SEXO

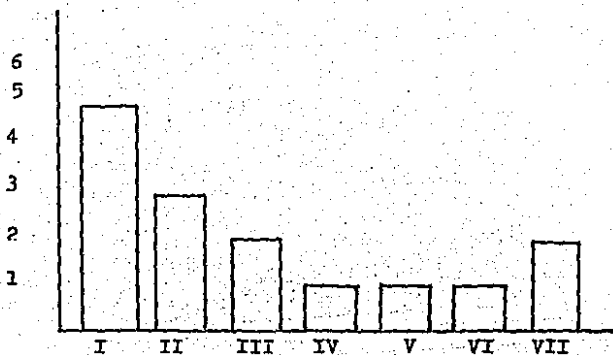
FEMENINO	15	50 %
MASCULINO	15	50 %
TOTAL	<u>30</u>	



DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDADES

SEXO MASCULINO

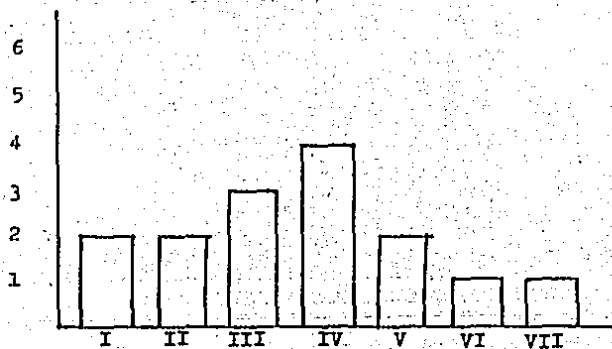
GRUPO DE EDADES	NUMERO	%
I = 30-35	5	33
II = 36-40	3	20
III = 41-45	2	13
IV = 46-50	1	7
V = 61-65	1	7
VI = 66-70	1	7
VII = 76-80	2	13
TOTAL	15	



DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDADES

SEXO FEMENINO

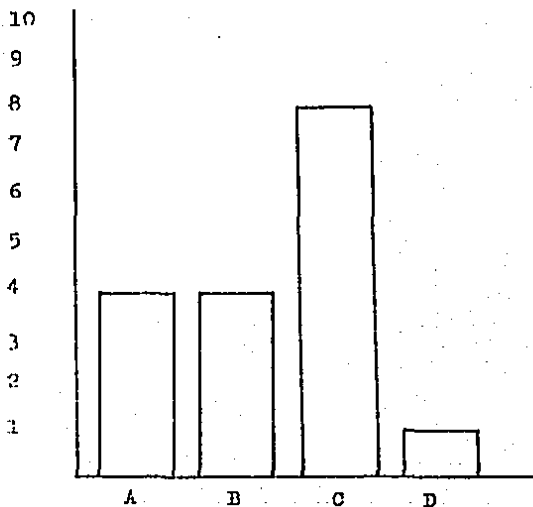
GRUPO DE EDADES	NUMERO	%
I = 36-40	2	13
II = 41-45	2	13
III = 46-50	3	20
IV = 51-55	4	27
V = 56-60	2	13
VI = 66-70	1	7
VII = 71-75	1	7
TOTAL	<u>15</u>	



# DISTRIBUCION DE ACUERDO AL DIAGNOSTICO

## SEXO MASCULINO

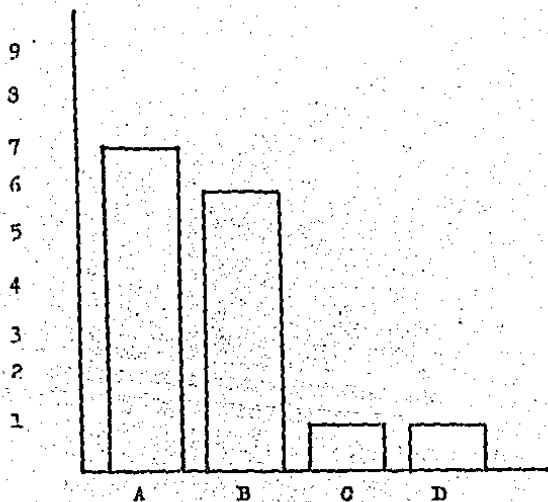
DIAGNOSTICO	NUMERO	%
A= ENFERMEDAD ACIDO-PEPTICA	4	26.5
B= HERNIA HIATAL	4	26.5
C= SINDROME ULCEROSO	8	40.0
D= GASTRITIS	1	7.0



DISTRIBUCION DE ACUERDO AL DIAGNOSTICO

SEXO FEMENINO

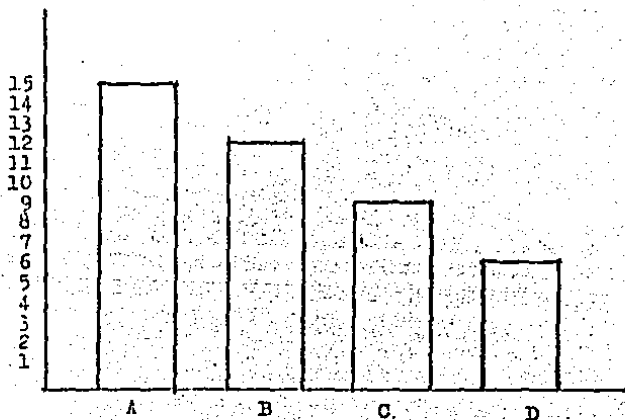
DIAGNOSTICO	NUMERO	%
A= ENFERMEDAD ACIDO-PEPTICA	7	46
B= HERNIA HIATAL	6	40
C= SINDROME ULCEROSO	1	7
D= GASTRITIS	1	7



DISTRIBUCION DE ACUERDO A LOS SIGNOS  
RADIOLOGICOS

SEXO FEMENINO

SIGNO RADIOLOGICO	No. DE CASOS	%
A= PLEGUES POR ARRIBA DEL HIATO	15	100
B= HIATO AMPLIO	12	80
C= REFLUJO GASTROESOFAGICO	9	60
D= ANILLO DE SCHANSTKY	6	40

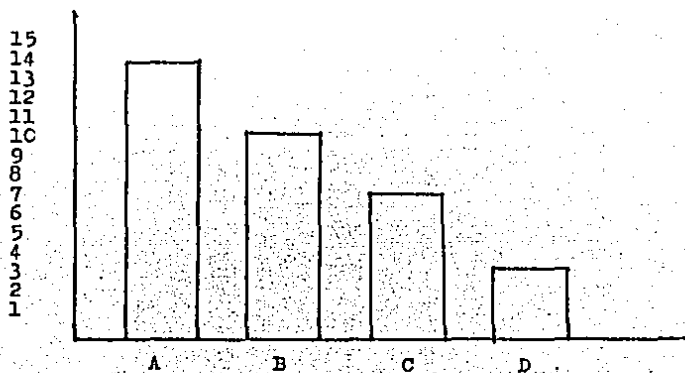




DISTRIBUCION DE ACUERDO A LOS SIGNOS  
RADIOLOGICOS

SEXO MASCULINO

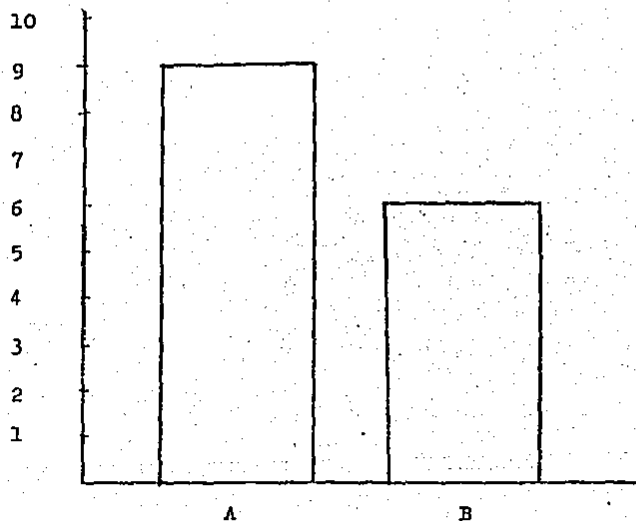
SIGNO RADIOLOGICO	No. DE CASOS	%
A= PLEGUES POR ARRIBA DEL HIATO	14	93.30
B= HIATO AMPLIO	10	66.66
C= REFLUJO GASTROESOFAGICO	7	46.66
D= ANILLO SCHAKSTKY	3	20.00



DISTRIBUCION DE ACUERDO AL DIAGNOSTICO  
POR ENDOSCOPIA

SEXO MASCULINO

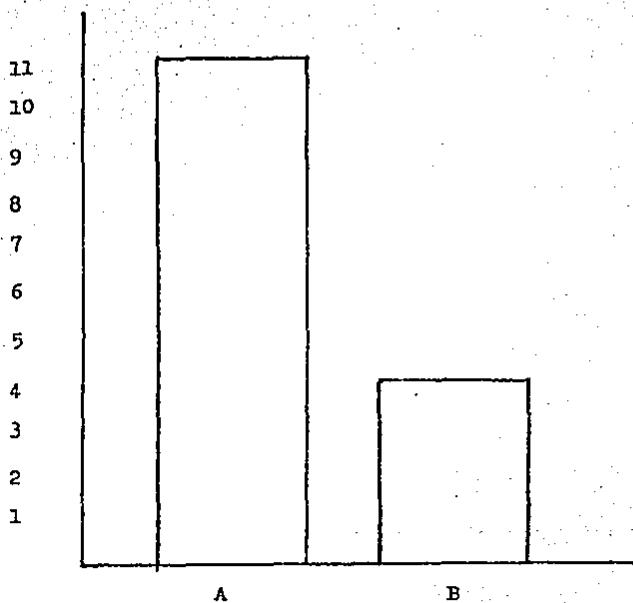
DIAGNOSTICO	No. DE CASOS	%
A= HERNIA HIATAL CON ESOFAGITIS	9	60
B= HERNIA HIATAL	6	40



DISTRIBUCION DE ACUERDO AL DIAGNOSTICO  
POR ENDOSCOPIA

SEXO FEMENINO

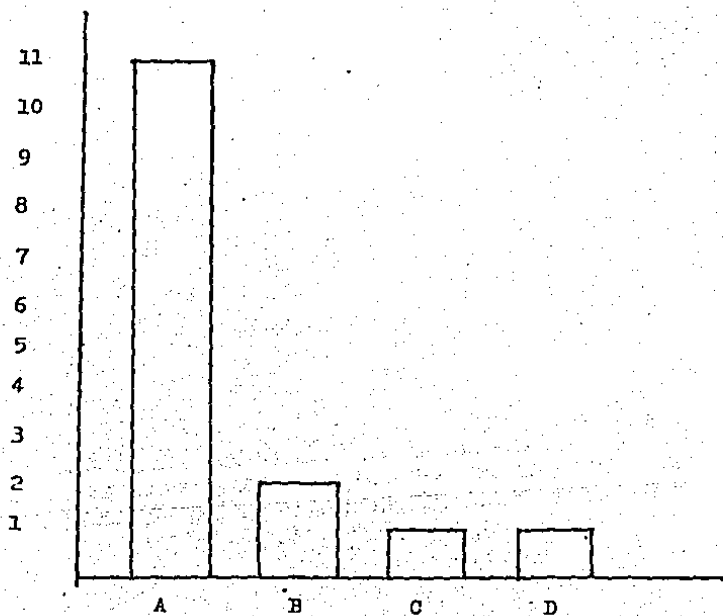
DIAGNOSTICO	No. DE CASOS	%
A = HERNIA HIATAL CON ESOPAGITIS	11	73.3
B = HERNIA HIATAL	4	26.6



DISTRIBUCION DE ACUERDO AL DIAGNOSTICO PATOLOGICO

SEXO MASCULINO

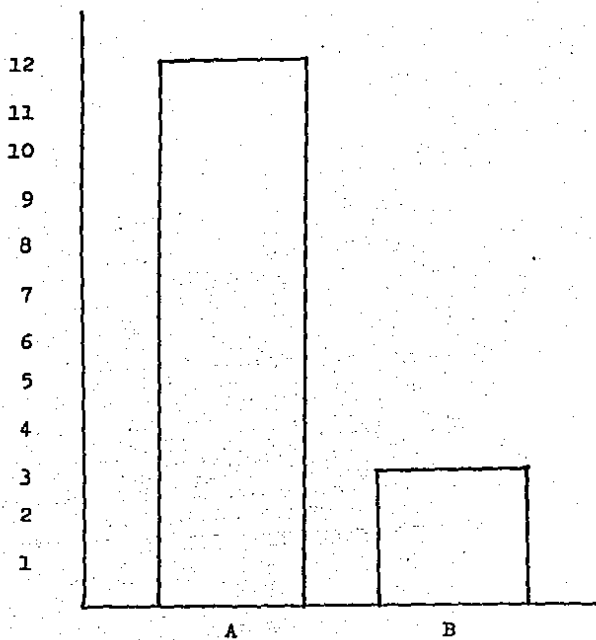
DIAGNOSTICO	No. DE CASOS	%
A = ESOFAGITIS	11	73.3
B = NO DIAGNOSTICO	2	13.3
C = NORMAL	1	7.0
D = ADENO CARCINOMA	1	7.0



DISTRIBUCION DE ACUERDO AL DIAGNOSTICO PATOLOGICO

SEXO FEMENINO

DIAGNOSTICO	No. DE CASOS	%
A = ESOFAGITIS	12	80
B = NO DIAGNOSTICO	3	20



## CONCLUSIONES

En la presente investigación de tipo prospectivo, realizada se estudiaron treinta pacientes al azar, con diagnóstico de hernia hiatal con el estudio de serie esofagogastroduodenal de tipo convencional, demostrándose en ellos hernia por deslizamiento y la estrecha relación con respecto al sexo, encontrando una división de quince pacientes del sexo masculino y quince pacientes del sexo femenino, obteniéndose una relación de 1 : 1 ; la investigación nos demostró una relación como se reporta a nivel mundial que es de 2 : 1 existiendo mayor predominio del sexo femenino.

Los diagnósticos clínicos de los pacientes, que fueron canalizados a nuestro servicio de radiodiagnóstico del Hospital General Tacuba I.S.S.S.T.E. del diagnóstico de enfermedad ácido péptica con un 36 % seguido con un porcentaje del 33 % por el diagnóstico de hernia hiatal; en el sexo femenino se apreció mayor certeza en el diagnóstico de la hernia hiatal; con respecto al sexo masculino que fue de 26.5 %.

Con el diagnóstico de síndrome ulceroso, existe mayor predominio en el sexo masculino con un porcentaje de 40 % mientras que en el sexo femenino fue de 7 %. En el diagnóstico de gastritis se apreció un mismo porcentaje en ambos sexos.

En relación al grupo de edades se observó una mayor incidencia en el sexo femenino en los grupos de cuarenta y seis a cincuenta y cinco años de edad. en cam

bio en el hombre se identificó mayor incidencia en los grupos de treinta a los cuarenta años de edad. El menor porcentaje observado en ambos sexos fue en el grupo de edades de sesenta y seis a los setenta años de edad.

En cuanto a los signos radiológicos obtenidos del estudio convencional de serie esofagogastroduodenal de mostró pliegues por arriba del hiato, en los quince pacientes del sexo femenino, y en el sexo masculino fueron sólo once pacientes positivos. Tomando en consideración que el diagnóstico de adenocarcinoma de esófago no se pudo demostrar pliegues por encima del hiato, sino que sólo se demostró hiato amplio con reflujo gastroesofágico.

Se demostró además que en el sexo femenino existe mayor incidencia de hiato amplio; así mismo se identificó con mayor frecuencia el anillo de Schansky.

En el diagnóstico reportado por endoscopia se apreció una mayor incidencia de esofagitis de predominio en el sexo femenino, con un porcentaje global del 73 % y en cambio en el del sexo masculino fue de 60 %. En la trayectoria de la investigación no se corroboró que coincidiera el reporte que se da en la literatura mundial en cuanto a la diferencia del sexo. Si se hace el análisis general sin tomar en consideración los sexos, coincide con los porcentajes reportados mundialmente.

El reflujo gastroesofágico sólo se identificó en un 53 % de los casos, lo cual difiere de lo observado

en la literatura mundial en la cual se aprecia una asociación de reflujo gastroesofágico con la esofagitis entre un 70 % a un 90 %.

El diagnóstico histopatológico se comportó de acuerdo a la literatura mundial con un porcentaje del 76 % de los pacientes estudiados, corroborándose la similitud de los parámetros obtenidos en la presente investigación.

La investigación realizada, así como el registro de las exploraciones del presente estudio, redundan en una mayor y más completa correlación clínico radiológica; y de ahí que existe un alto porcentaje de asociación de la hernia hiatal con la esofagitis, con el consecuente tratamiento que en la mayoría de los casos es de vital importancia para el pronóstico del paciente



## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Agha P. P. : Radiologic diagnosis of Barrett's esophagus: critical analysis of 65 cases. Gastrointest. Radiol 1986; 11(2) 123-30.
- 2.- Berstad A. et al : Relationship of hiatus hernia to reflux oesophagitis a prospective study of - coincidence, using endoscopy. Scand J Gastroenterol 1986 Jan; 21 (1): 55-8
- 3.- Clopton, M. B. Eventration of the diaphragm Ann Surg 1923; 78; 155
- 4.- Carman, D. R. and Fineman, S. : The roentgenologic diagnosis of diaphragmatic hernia with report of 17 cases. Radiol 3; 26 1929.
- 5.- Charles E. Pole II; Fisiologia del esófago Clin Med. Hort. Amer.; 1181-1199 Nov. 1974.
- 6.- Denis Gibbs; Endoscopy in assesment of reflux esophagitis. Clinics in Gastroenterology 1976 Jan ; 5 : 135-142.
- 7.- Derksen O. S. et al; Value of radiology in the diagnosis of reflux esophagitis. Diagn. Imag. Clin. Med 1985; 54(5): 257-62
- 8.- Ott D. J. et al; Predictive relationship of hiatal hernia to reflux esophagitis. Gastrointest Radiol 1985; 10 (4): 317-20
- 9.- Fineman, S. Conner, H. M. ; Right diaphragmatic of the short esophagus type. Ann J. M. Sc 1924; 167:672
- 10.- Gupta S. D. et al ; Endoscopic evaluation of dysphagia in the elderly. Age Ageing; 1987 May; 16 (3): 159-64

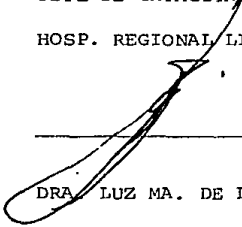
- 11.- Guthrie D. and Jones F. H.; Frequency and diagnosis of hiatal hernia.  
Ann Surg. 1940; 111:971
- 12.- Halpert R. D., Feczko P. J., Chason D. P.  
Barrett's esophagus: radiological and clinical considerations.  
J Can Assoc Radiol 1984 Jun; 35 (2): 120-3
- 13.- Heitmann P. et al; Simultaneous cineradiographic-Manometric study of distal esophagus: Small hiatal hernias and rings.  
Gastroenterology 1986 Jun; 50 (6) 737-53.
- 14.- Jones, C. M.; Hiatus esophageal hernia.  
New Englands Med. 1941; 225, 963.
- 15.- Johansson K.E., Beryd B; Oesophageal reflux tests, manometry, endoscopy, biopsy, and radiology in healthy subjects.  
Scand J Gastroenterol 1986 May; 21 (4): 399-406.
- 16.- Kaul B. et al; Hiatus hernia in gastroesophageal reflux disease.  
Scand J. Gastroenterol 1986 Jan; 21 (1): 31-4
- 17.- Margulis A. R., Burhenne; Radiologia del aparato digestivo, tomo I, segunda edición, editorial Salvat, lugar de impresión Barcelona España 1977 pags. 420-442
- 18.- Maxton D. G. et al; Teeth and benign esophageal stricture.  
Gut 1987 Jan; 28 (1) : 61-3
- 19.- Meschan Isadore; Radiologia general, compendio analítico semiológico, primera edición, editorial A.C., lugar de impresión Madrid España, años 1983, pags. 493-494.

ESTA TESIS NO PUEDE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 20.- Niel S. et al; The role of psychiatric factors in symptoms of hiatus hernia or gastric reflux. Acta Psychiatr Scand 1986 Feb; 73 (2): 214-20.
- 21.- Ott D. J. et al ; Predictive relationship of hiatal hernia to reflux esophagitis. Gastrointest Radiol 1985; 10 (4) 717-20
- 22.- Pedrosa César S.; Diagnostico por imagen. Tratado de radiología clinica, volumen I, primera edición, editorial Interamericana, lugar de impresión España, año 1986, pags 183,288,699,726.
- 23.- Ridocci T. et al; Reflux esophagitis: clinico-radiologic evaluation. Rev. Esp. Enferm. Apar. Dig. 1983 Dic; 64 (6) 506-11.
- 24.- Teplick George, Haskin Marvin; Diagnostico radiológico, tercera edición, editorial Interamericana, lugar de impresión México, año 1979, pags. 890-943.

11242  
2e1  
27

DR. RICARDO LOPEZ FRANCO  
JEFE DE CAPACITACION Y DESARROLLO  
HOSP. REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS



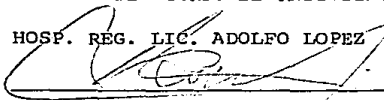
---

DRA. LUZ MA. DE LA SANCHA MONDRAGON.  
COORD. DE ENSEÑANZA DE AUXILIARES DEL DIAGNOSTICO  
HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS.



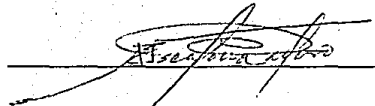
---

DR. ENRIQUE GROSSKELWING AGUILERA.  
JEFE DEL SERVICIO DE RADIOLOGIA Y  
TUTELAR DEL CURSO DE RADIODIAGNOSTICO.  
HOSP. REG. LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS.



---

DR. ROGELIO ESCALONA MURO  
ASESOR DE TESIS  
HOSP. REG. LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS.



---

FALLA DE ORIGEN