

2 of 36
11209



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL "DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ"
I. S. S. S. T. E.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HERNIA HIATAL.

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE;
ESPECIALISTA EN
CIRUGIA GENERAL
P R E S E N T A :

DR. JOSE PEDRO HERRERA TERRAZAS

ASESOR DE TESIS,
DR. JAIME SOTO AMARO



ISSSTE

MEXICO, D. F.

1989



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

I N D I C E

	PAGINA.
INTRODUCCION	1
MATERIAL Y METODOS	3
RESULTADOS	4
DISCUSION	10
CONCLUSIONES	14
BIBLIOGRAFIA	15

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HERNIA HIATAL

INTRODUCCION

La hernia hiatal es un padecimiento frecuente en la población general, cuyas manifestaciones clínicas son muy variables, cursando la mayoría asintomáticas. Sin embargo en un 5-20% ésta se acompaña de reflujo gastroesofágico (1), lo cual en sí es lo que condiciona la sintomatología, independientemente del tamaño de la hernia (2); incluso se menciona que aproximadamente el 80% de los pacientes con reflujo patológico tienen una hernia hiatal demostrada radiográficamente y en el restante 20% ésta no se puede demostrar por radiología (3).

La severidad de la sintomatología de reflujo es indicación para el tratamiento médico-dietético, el cual consiste básicamente en reducción de peso, favorecer el vaciamiento gástrico, dieta fraccionada, antiácidos y bloqueadores H2 con lo cual generalmente se obtienen resultados satisfactorios (4). Cuando el tratamiento conservador fracasa o aparecen complicaciones se indica el tratamiento quirúrgico.

Actualmente las intervenciones antirreflujo utilizadas con más frecuencia son la Funduplicación de Nissen, la cirugía de Belsey Mark IV y la gastropexia posterior de Hill (5), así -

como el uso de la prótesis de Angelchik en los últimos años. - De éstas el procedimiento realizado con mayor frecuencia ha sido la funduplicación de Nissen, sin embargo se ha reportado una morbilidad postoperatoria alta, consistente principalmente de reurrencia del reflujo, así como de disfagia (6,7). Por lo anterior en el Hospital General Dr. Fernando Quiróz Gutiérrez del - I.S.S.S.T.E., se utiliza de manera rutinaria una modificación - al procedimiento original consistente en una funduplicación de - 270 grados más plastia del hiato para así disminuir las posibilidades de complicaciones postoperatorias.

En el presente estudio se hace un análisis de los resultados del Tratamiento Quirúrgico de la Hernia Hiatal realizados durante un año en el Hospital General Dr. Fernando Quiróz Gutiérez del I.S.S.S.T.E.

MATERIAL Y METODOS.

Se estudiaron 30 pacientes sometidos a Cirugía antirreflujo en el lapso comprendido de Noviembre de 1988 a Octubre de 1989 en el Hospital General Dr. Fernando Quiróz Gutiérrez del I.S.S.S.T.E. Fueron excluidos los pacientes que tenían estenosis esofágica secundaria a reflujo gastroesofágico severo, así como aquellos que ya habían sido sometidos previamente a un procedimiento antirreflujo. Incluímos un número importante de -- pacientes con enfermedades asociadas a hernia hiatal sintomática comprobada mediante los procedimientos diagnósticos utilizados, resolviéndose en un tiempo quirúrgico ambas patologías.

El diagnóstico fue establecido de acuerdo al cuadro clínico, estudios radiológicos y endoscopia. En algunos casos se tomó biopsia y en otros se realizó prueba de Bernstein. (Cuadro I).

CUADRO I

HERNIA HIATAL: Procedimientos Diagnósticos		
Radiología	30	100 %
Endoscopia	30	100 %
Biopsia	13	43.3 %
Prueba de Bernstein	7	23.3 %

RESULTADOS.

En los 30 pacientes estudiados se realizaron 45 procedimientos quirúrgicos. Los padecimientos asociados se ilustran en el cuadro II.

CUADRO II

PADECIMIENTOS ASOCIADOS		
Hernia umbilical	2	6.6 %
Gastroduodenitis	2	6.6 %
Litiasis vesicular	8	26.6 %
Úlcera Duodenal	3	10.0 %
EPOC	2	6.6 %
Hipertensión Arterial	1	3.3 %
Enfermedad Diverticular del Colon	1	3.3 %

Hubo un predominio del sexo femenino, siendo 23 pacientes del sexo femenino (76.6%) y 7 del sexo masculino (23.3%), - con una relación 3.3: 1. La edad osciló entre 24 y 85 años de edad, con un promedio de 43.4 años. La distribución por edades se muestra en el Cuadro III,

CUADRO III

HERNIA HIATAL: Distribución por edades.		
21-30 años	4	13.3 %
31-40 años	7	23.3 %
41-50 años	11	36.6 %
51-60 años	6	20.0 %
61-70 años	1	3.3 %
71-80 años	0	0.0 %
81-90 años	1	3.3 %

De esta manera, podemos observar que la frecuencia mayor en nuestro grupo de estudio fue en la quinta década de la vida con 11 casos y un 36.6%, seguido por el grupo correspondiente a la cuarta década de la vida con 7 casos y un 23.3%. Del grupo estudiado 13 de los pacientes tenían antecedentes de tabaquismo positivo (43.3%), 11 de ellos etilismo positivo (36.6%) y 16 pacientes eran obesos (53.3%), Cuadro IV).

CUADRO IV

HERNIA HIATAL: Hábitos higiénico-dietéticos.		
Tabaquismo	13	43.3%
Etilismo	11	36.6%
Obesidad	16	53.3%

En todos los pacientes el diagnóstico de presunción se hizo en base a la clínica. En el cuadro V se muestran los datos clínicos encontrados con mayor frecuencia.

CUADRO V

HERNIA HIATAL:	Datos clínicos.	
Regurgitaciones	27	90.0 %
Pirosis	25	83.3 %
Agruras	24	80.0 %
Dolor epigástrico	24	80.0 %
Eructos	4	13.3 %
Hematemesis	3	10.0 %
Disfagia	0	0.0 %

Como puede observarse las regurgitaciones fue el síntoma más común (27 pacientes, 90%), seguido de pirosis (25-83.3%), agruras y dolor epigástrico (24-80%), eructos (4-13.3%) y hematemesis (3-10%). En ningún caso encontramos disfagia.

El tiempo promedio de evolución fue de 36.4 meses, oscilando de 2 meses a 11 años y el tiempo de tratamiento médico -- promedio fue de 21.8 meses, con un rango de 2 meses a 10 años.

Los procedimientos auxiliares que ayudaron a establecer el diagnóstico ya fueron ilustrados en el Cuadro I.

Como puede verse, la radiología y la endoscopia corroboraron el diagnóstico en el 100% de los casos. Se tomó biopsia en 13 pacientes (43.3%), encontrándose en todos diversos grados de esofagitis y en uno de los pacientes la existencia de epitelio columnar (Esófago de Barret). Se realizó prueba de Bernstein en 7 pacientes (23.3%), en 5 de los cuales la prueba fue negativa y en 2 positiva.

En la mayoría de los casos la indicación para el tratamiento quirúrgico fue la resistencia al tratamiento médico y en 3 pacientes con úlcera duodenal y 8 con litiasis vesicular el procedimiento fue realizado en forma concomitante, resolviéndose en un tiempo quirúrgico ambas patologías.

El abordaje fue abdominal en el 100% de los casos, realizando en todos la funduplicación de 270 grados más cierre de pilares (plastía del hiato). En todos los casos previamente colocamos una sonda nasogástrica, la cual fue retirada en las primeras 24 horas del postoperatorio, excepto en los casos en que el procedimiento se acompañó de vagotomía y piloroplastia (5 casos). En ningún caso utilizamos sondas mercuriales en esófago ya que consideramos que no es necesario su uso, aunque en muchos hospitales en forma errónea se utilizan rutinariamente.

En un caso se realizó esplenectomía incidental por desgarro del Bazo.

En cuanto a complicaciones postoperatorias hubo un caso de neumonía y otro paciente que cursó con íleo adinámico, ambos evolucionaron en forma satisfactoria.

El tiempo promedio de hospitalización fue de 6.1 días, - con un rango de 4-14 días.

Los resultados del tratamiento quirúrgico fueron valorados desde el punto de vista clínico, con un seguimiento de un mes a un año. (Cuadro VI).

CUADRO VI

HERNIA HIATAL: Resultados e incidencia de complicaciones.		
Disfagia	7	23.3%
S. de burbuja atrapada	1	3.3%
Dolor epigástrico	7	23.3%
Regurgitaciones	0	0.0%
Pirosis	0	0.0%
Agruras	1	3.3%
Eructos	1	3.3%
Hematemesis	0	0.0

De tal manera que se observó disfagia postoperatoria en 7 pacientes (23.3%), la cual fue transitoria en todos los casos, teniendo una duración de 2 a 6 semanas en 6 pacientes y solo en uno fue de 5 meses. siendo ésta leve y desapareciendo posteriormente. Hubo dolor epigástrico en 7 pacientes (23.3%), el cual -

cedió con medidas conservadoras. En un paciente (3.3%) hubo -- Síndrome de burbuja atrapada, siendo este también transitorio. En otro más se presentaron eructos y por último un paciente curó con agruras en el postoperatorio sin que estas llegaran a -- ser incapacitantes. No hubo en el postoperatorio persistencia de regurgitaciones, pirosis o hematemesis.

En base a lo anterior se obtuvieron resultados satisfactorios en el 100% de los casos y de acuerdo a la clasificación de Visick tendríamos 23 pacientes con Visick I (76.6%) y 7 pacientes dentro de un Visick II (23.4%). (Cuadro VII).

CUADRO VII

HERNIA HIATAL: Resultados.		
Visick I	23	76.6%
Visick II	7	23.4%

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

DISCUSION

Es difícil conocer la prevalencia de la hernia hiatal ya que con frecuencia cursa asintomática. En un 5 a un 20%, éstas cursarán con reflujo gastroesofágico que es en sí el responsable de la sintomatología. Con excepción de los pacientes con hernias hiatales de gran tamaño en quienes la sintomatología es producida por compresión de órganos vecinos, así como en los casos de hernia hiatal paraesofágica o mixta, la indicación para el tratamiento quirúrgico está dada en la mayoría de los casos por la presencia y persistencia de reflujo gastroesofágico una vez que no ha sido posible controlar el cuadro clínico con tratamiento conservador, encaminado a aumentar la presión del esfínter esofágico inferior, proteger la mucosa, neutralizar el ácido y acelerar el vaciamiento gástrico (7,8,9). De la oportunidad con que se realice el tratamiento quirúrgico, antes de que aparezcan complicaciones como son esofagitis severa, hemorragia o estenosis, dependerá el pronóstico de los pacientes (10, 11). Para esto es necesario hacer el diagnóstico del padecimiento en etapa temprana, basado en la clínica, así como en estudios auxiliares. Entre éstos, los más importantes y utilizados por nosotros son los estudios radiológicos con medio de contraste, la endoscopia y la biopsia de esófago en algunos casos seleccionados. No ignoramos el valor que pueden tener otros estudios más especializados con los cuales no contamos en nuestro medio como son la manometría esofágica, las determinaciones de

quirúrgico de la hernia hiatal y sus complicaciones.

pH en 24 horas o la centellografía, sin embargo consideramos -- que con el cuadro clínico, los estudios radiológicos, la endoscopia y la biopsia, se puede establecer el diagnóstico de esta entidad y ofrecer un tratamiento adecuado. Asimismo consideramos que la prueba de Bernstein tiene un valor limitado.

Existen muchas técnicas quirúrgicas para el tratamiento quirúrgico de la hernia hiatal, de las cuales la funduplicación de Nissen es la que se realiza con mayor frecuencia (12). Sin embargo a pesar de su popularidad, se ha asociado con una movilidad significativa, como la disfagia y el síndrome de burbuja atrapada y en ocasiones con complicaciones que ponen en peligro la vida de los pacientes como fístula gástrica y empiema (6,13). También se ha visto que el fracaso de la Cirugía ha sido secundario al deslizamiento de la funduplicación, ya sea envolviendo al estómago o bien aprisionando la porción distal del esófago - (6).

En un intento por prevenir este tipo de complicaciones -- postoperatorias, en el Hospital General Dr. Fernando Quiróz Gutiérrez se usa en forma rutinaria una modificación al procedimiento de Nissen, realizando no una funduplicación completa -- sino una de 270 grados complementada con plastia hiatal, con lo que se han obtenido buenos resultados. Si bien la incidencia -- de disfagia postoperatoria ha sido significativa, ésta ha sido transitoria y leve y muy probablemente debido a edema secunda--

rio a la manipulación que se realiza durante el procedimiento. Por otro lado no tuvimos datos que sugirieran recurrencia del --reflujo gastroesofágico, así como tampoco síndrome de burbuja --atrapada.

Asimismo, hemos realizado vagotomía con piloroplastia --no solo en los pacientes con úlcera duodenal asociada, sino tam--bién en aquellos con esofagitis severa, con ulceraciones esofá--gicas e hiperacididad gástrica sin úlcera péptica, ya que conside--ramos que son pacientes de alto riesgo de desarrollar úlcera --posteriormente. Tal ha sido el caso de 3 pacientes que en --fecha reciente hemos tenido que someter a vagotomía con piloro--plastia quienes previamente habían sido sometidos a cirugía an--tirreflujo.

De esta manera concluimos que el procedimiento que reali--zamos en el Hospital General Dr. Fernando Quiróz Gutiérrez del --I.S.S.S.T.E., para el tratamiento quirúrgico de la hernia hia--tal brinda excelentes resultados, sin embargo hay que hacer no--tar que los pacientes incluidos en este estudio fueron pacien--tes en los cuales no existían complicaciones severas secunda--rias a reflujo, así como tampoco fueron pacientes que habían --sido sometidos previamente a algún tipo de procedimiento anti--rreflujo, ya que en este tipo de pacientes quizá lo más conve--niente sería individualizar el caso y valorar la utilidad de --este u otros procedimientos que existen para el tratamiento ---

CONCLUSIONES

No existe discusión en cuanto a la decisión e indicaciones precisas de la cirugía en la hernia hiatal puesto que los resultados de la técnica han sido comprobados, sin embargo las complicaciones que pueden presentarse posteriores a la cirugía son más responsabilidad del Cirujano que de la técnica en sí, aunque cuando se hace la técnica original de Nissen existen molestias digestivas como el síndrome de burbuja atrapada y una alta incidencia de disfagia, por lo que en la actualidad preferimos en nuestro Hospital una variante de la técnica antirreflujo que incluye una Funduplicación de 270 grados y plastia del hiato en todos los casos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- F. Hollender Louis, Meyer Christian. Hernia Hiatal y esofagitis péptica. Maingot Operaciones Abdominales (I). Panamericana 1986; 579-598.
- 2.- Singh, U.S. Surgery for oesophageal reflux and hiatus hernia. Scand. J. Thoracic and Cardiovascular Surgery, 1980; - 14: 311.
- 3.- Skinner, David B.M.D. Pathophysiology of Gastroesophageal reflux. Ann. of Surgery, Nov. 1985; 202: 546-556.
- 4.- Werdorp, I., Barterlsman, J., Schipper, M.F., Tfytgat, N. - G. Effect of long term treatment with cimetidine and antacids in Barret's oesophagus. Gut 1981; 22: 724.
- 5.- R. C. Stuart, K. Dawson, P. Keeling, P.J. Byrne, T.P.J. -- Hennessy: Estudio prospectivo aleatorizado de la prótesis de Angelchik versus la funduplicatura de Nissen British J. of Surgery, Ed. Española, 1989; I:4: 377-380.
- 6.- Low, Donald, Dale Mercer, James, Edwin, Hill Lucius Post -- Nissen Syndrome. Surgery, Gynecology and Obstetrics. Jul.- 1988; 167 : I-5.

- 7.- Cervantes Claudio, Gutiérrez Samperio, Arrubarrena Victor M., Santiago Javier y Espinoza Arturo. Tratamiento Quirúrgico de la Hernia Hiatal. Análisis de tres años. Rev. Gastroenterol. Méx. 1983, 48, 2:71-76.
- 8.- Turrell, P.W., Smith I. Suture alignment for cuff creation in Nissen fundoplication. Surgery, Gynecology and Obstetrics, 1981; 152: 347.
- 9.- Fisher S.R., Malmud S.L., Louis P.I., Maier P.W., Antireflux surgery for symptomatic gastroesophageal reflux. Mechanism of action. Dig. Dis. 1978; 23: 152.
- 10.-Sillin, F.L., Condon, E.R., Wilson, D.S. and Worman, W.L.: Effective surgical therapy of esophagitis. Experience with Belsey, Hill and Nissen operation. Arch. Surg. 1979; 114: 536.
- 11.-Ferrans, A.V. and Sube, J.: Retrospective study of the surgical management of reflux esophagitis. Surg. Gynec. Obstet. 1981; 152: 17.
- 12.-Kunke, R. False: Herniation of the gastric wall through a Nissen Fundoplication. Arch, Surg. Sep. 1987; 122:1085-87.

- 13.-R.D. Henderson. Dyspahgia complicating hiatal hernia ----
repair. J. Thorac. and Cardiovasc. Surg. 1984, 88: 922. 28.