

11209

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

15



\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**HERNIAS PARAESOFAGICAS  
TRECE AÑOS DE EXPERIENCIA  
EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL C.M.N. SIGLO XXI**

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :  
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

**PRESENTA :**

DR. JOSE ANGEL CANTU MARROQUIN

276245

**ASESORES :**

DR. TEODORO ROMERO HERNÁNDEZ

DR. PATRICIO SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO NACIONAL S. XXI  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
MÉXICO, D.F.

2000



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.

En agradecimiento a mis padres por su apoyo y su paciencia a lo largo de estos años, a mis tías Antonieta y Estela por su cariño, a mi hermana por su apoyo y a todos mis maestros que sin su adecuada guía no habría sido posible este trabajo.

“Os contaré como el espinto se transforma en camello, cómo el camello se convierte en león y como finalmente el león se hace niño”.

Zaratustra.



# I N D I C E

<b>I- INTRODUCCION</b> .....	<b>1</b>
<b>II - GENERALIDADES:</b>	
6- ANTECEDENTES .....	2
7- JUSTIFICACIÓN .....	3
8- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	4
9- DEFINICIÓN .....	5
10- INCIDENCIA .....	6
11- CLASIFICACION .....	7
12- ANATOMIA Y EMBRIOLOGÍA .....	8
13- MANIFESTACIONES CLINICAS .....	10
14- PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS .....	11
15- INDICACIONES QUIRÚRGICAS .....	12
16- TRATAMIENTO .....	13
<b>III – ESTUDIO</b>	
1- OBJETIVOS .....	16
2- MATERAL Y METODOS .....	17
3- RESULTADOS .....	18
4- CONCLUSIÓN .....	20
5- GRAFICAS .....	21
6- ANEXO # 1 .....	32
<b>IV – BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>37</b>

**INTRODUCCION:** La comprensión de las hernias paraesofágicas se logró hasta el advenimiento de la radiología clínica, éstas son una variante de las hernias del hiato esofágico poco comunes, sin embargo su comprensión es necesaria ya que su descubrimiento amerita un manejo quirúrgico inmediato.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** En base a los Archivos del Servicio de Cirugía General y del Departamento de Archivo Clínico del Hospital de Especialidades del C.M.N. Siglo XXI se capturaron los datos de pacientes ingresados entre 1985 a 1998 con el diagnóstico de hernia paraesofágica utilizando el formato para recolección de datos del Anexo # 1 y se les realizó estadística descriptiva para obtener frecuencias y porcentajes en escala de medición nominal, los objetivos del estudio fueron conocer la frecuencia de presentación de esta patología en nuestro hospital, el tipo de tratamiento que se les dio y cual fue su evolución.

**RESULTADOS:** Se localizaron 12 pacientes ingresados con el diagnóstico de hernia paraesofágica en el Servicio de Cirugía General del Hospital de Especialidades del CMN Siglo XXI entre 1985 y 1998, de los cuales solo se pudo localizar el expediente de 9 pacientes en el Departamento de Archivo Clínico que fueron los que se incluyeron en este trabajo, constaban de 3 varones (33.3 %) y 6 mujeres (66.7 %), con edad media de 59 años, la sintomatología más frecuente fue dolor epigástrico, pirosis y eructos en 20% (5 pacientes), las cirugías abdominales previas más frecuentes fueron O.T.B. y cesárea en 6 (29.6 %), apendicectomía en 3 (17.6 %), los estudios de gabinete más utilizados fueron tele de tórax y placa simple de abdomen en 9 (32.9 %), S.E.G.D en 8 (28.6%), endoscopia superior y manometría esofágica en 6 (21.6%), el abordaje quirúrgicos efectuado fue principalmente por vía abdominal (93.7 %) y los procedimientos quirúrgicos más efectuados fueron plicatura de pilares en 4 (37.5%), funduplicatura Nissen-Rossetti en 3 (25 %) y funduplicatura de Guarner en 2 (12.5%), el tiempo de hospitalización tubo una media de 14 días, se les realizó un seguimiento medio de 24 semanas (44.4 %) y se observó una evolución satisfactoria en 8 pacientes (88.9 %), la presentación en nuestro hospital durante los 13 años de revisión que abarca este estudio fue de 1.4 pacientes por año.

**CONCLUSIÓN:** A pesar de que las hernias paraesofágicas representan el 20% de las hernias del hiato esofágico según la literatura, su manejo hospitalario es bajo ya que la mayoría cursa asintomática descubriéndose por lo general de forma fortuita, su corrección requiere manejo quirúrgico inmediato ya que el 25% de éstas presentarán alguna complicación durante su evolución que requerirá cirugía de urgencia con mortalidad del 19-50 %, en contraste con la reparación quirúrgica electiva inmediata a su descubrimiento con una mortalidad del 1 %.

## **INTRODUCCION:**

Las hernias del hiato esofágico se lograron comprender hasta el advenimiento de la radiología clínica, ya que no siempre dan sintomatología y cuando ya la presentaban se asociaba por lo general a esofagitis péptica debido al reflujo gastroesofágico (1).

Una variante de las hernias del hiato esofágico es el tipo paraesofágico, que no es común, pero a pesar de esto, es necesaria su comprensión ya que su descubrimiento implica un manejo quirúrgico inmediato debido a los peligros potenciales que entraña (1)

El presente trabajo abordará a una variante de las hernias esofágicas, las hernias hiatales paraesofágicas.

## **ANTECEDENTES:**

La sintomatología de la esofagitis péptica ya era conocida desde tiempos inmemoriales, sin embargo, al comenzar las disecciones sistemáticas en cadáveres se pensó que era debido a una hernia o a algo parecido y por lo tanto debía tratarse como tal; esto prevaleció hasta la primera mitad del siglo XX, hasta que Allison consideró a la hernia hiatal por deslizamiento como un trastorno fisiológico debido a alteración de la unión esofagogástrica y pensó que esto se corregiría restableciendo el arco muscular formado por el pilar derecho del diafragma del hiato esofágico, sin embargo, los resultados obtenidos fueron insatisfactorios, por lo que su técnica cayó en desuso (2).

Posteriormente surgieron dos corrientes separadas y simultáneas de tratamiento, en primer lugar Belsey y Nissen que proponían procedimientos quirúrgicos para corregir la alteración y Code e Idelfinger que demostraron mediante manometría el esfínter esofágico inferior, descubrimiento que dio bases científicas al manejo quirúrgico; posteriormente Rosetti y Hill modificaron el procedimiento Nissen reduciendo la disección fibroelástica posterior al colocar suturas desde la curvatura menor del estómago a la pared posterior (2).

## **JUSTIFICACIÓN:**

A pesar de que las hernias paraesofágicas son una entidad poco frecuente es necesario el conocimiento de esta entidad ya que su descubrimiento implica un manejo quirúrgico inmediato dada la alta mortalidad que acarrea realizar su corrección en forma urgente (1-4).

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

**¿Con que frecuencia se han presentado la Hernias Paraesofágicas en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, que manejo se les dió y que evolución tuvieron posteriormente?**

## **DEFINICIÓN:**

La hernia paraesofágica pura se caracteriza por un desplazamiento del fondo gástrico y cantidades variables de la curvatura mayor a trabes del hiato esofágico y aunque conserva en situación normal la unión gastroesofágica, puede presentar síntomas y secuelas debidas al reflujo gastroesofágico, esto debido a deformación mecánica de la anatomía de la zona y no a falta de competencia del esfínter esofágico inferior (4).

## **INCIDENCIA:**

La frecuencia verdadera de las hernias hiatales en general en la población es difícil de establecer, debido a la ausencia de síntomas en gran número de pacientes en quienes después se presenta esta alteración. Sin embargo después de estudios radiográficos se ha establecido una frecuencia del 75% a las hernias por deslizamiento, un 20% a las paraesofágicas y un 5% a las mixtas (1-3).

En base a lo anterior se ha establecido la edad media en que se presentan las hernias paraesofágicas que es a los 61 años y que son 4 veces más frecuentes en mujeres que en hombres (1-3).

## **CLASIFICACION:**

Debido a que las hernias paraesofágicas se les considera una variante de las hernias del hiato esofágico se presenta a continuación la clasificación más reciente de las hernias hiales para comprender el lugar que ocupan en ésta las hernias paraesofágicas.

### **Tipo I (hernia hiatal por deslizamiento).-**

Incluye la unión gastroesofágica, tiene un saco peritoneal. La pared gástrica constituye la pared posterior de la hernia. Estas hernias tienen un tamaño variable y tienden a ser tan grandes como 15 cms. De largo. Las hernias extremadamente grandes pueden coexistir con un esófago acortado, sin embargo, al parecer el esófago corto congénito es una entidad demasiado rara. Casi todas estas hernias son asintomáticas y es muy difícil el diagnóstico preciso de una hernia pequeña, porque el diagnóstico radiográfico depende de las relaciones del diafragma y del estómago distal, que son estructuras dinámicas. Asimismo es difícil el diagnóstico endoscópico por la movilidad de la mucosa en el esófago distal y el cardias, la insuflación de aire durante los exámenes endoscópicos origina la protusión del estómago a trabes del hiato esofágico y da lugar a una estimación excesiva de la extensión de la hernia (5).

### **Tipo Ip (hernia postoperatoria sin saco peritoneal).-**

La unión gastroesofágica está situada arriba del diafragma y la hernia suele ser de tamaño pequeño (5).

### **Tipo II (hernia paraesofágica).-**

Incluye parte o la totalidad del estómago. El órgano herniado pasa a trabes del hiato esofágico y por último se constituye en un estómago "al revés". En todos los casos hay un saco peritoneal. Cuando la hernia se torna grande, puede ocurrir vólvulo gástrico con isquemia subsecuente de la pared del estómago, ulceración o necrosis del segmento estrangulado. Estas hernias pueden ser asintomáticas durante años y con frecuencia se reconocen por la presencia de niveles de aire y líquido en el mediastino (5).

### **Tipo Iip (hernia paraesofágica postoperatoria sin saco) (5).**

### **Tipo III (hernia por deslizamiento y paraesofágica combinada).-**

Tiene las características de los tipos I y II y están sujetas a todos los riesgos de esas variedades de hernias y son las más difíciles de tratar durante la cirugía. Cuando son demasiado grandes, pueden incluir otros órganos del abdomen como vaso, colon e hígado (5).

### **Tipo IIIp (hernia postoperatoria combinada sin saco) (5).**

## ANATOMIA Y EMBRIOLOGÍA:

En la tercera semana de vida intrauterina aparece el septum transversum que formará la porción ventral del diafragma, en la porción dorsal aparece un esbozo que formará los pilares del diafragma y las membranas peuroperitoneales que cerrarán las comunicaciones toracoabdominales derecha e izquierda, todas estas estructuras emigran en sentido caudal para posicionarse en forma definitiva a la octava semana a nivel de la primera vértebra lumbar (6).

El diafragma está compuesto por un área tendinosa central llamada cruciforme, de la cual parten fibras musculares para inserción periférica, en la posición anterior (esternal) insertan en la apófisis xifoides y en la aponeurosis del músculo transversus, en la porción anterolateral (costal) inserta en los cartílagos de las costillas séptima y octava, en la porción lumbar (posterior) se encuentran los pilares de los cuales el derecho inserta en las vértebras lumbares primera a cuarta y el izquierdo en las primeras dos o tres vértebras lumbares (en los discos intervertebrales y en el ligamento longitudinal anterior) y los ligamentos arqueados los cuales insertan en las duodécimas costillas y la apófisis transversas de las primeras vértebras lumbares de donde también insertan los ligamentos arqueados mediales y el ligamento arqueado mediano que no es constante (7).

Las aberturas principales del diafragma son tres:

- 20- El hiato de la vena cava inferior a 2.5 cms. a la derecha de la línea media a nivel de la octava vértebra torácica.
- 21- El hiato esofágico a 2.5 cms. a la izquierda de la línea media a nivel de la décima vértebra torácica.
- 22- La abertura aórtica que está detrás del diafragma a nivel de la duodécima vértebra torácica (7).

Unión gastroesofágica.-

Comprende desde los 0.5 a 2.5 cms. de la porción abdominal del esófago hasta su unión con el estómago de las cuales la unión externa se encuentra a nivel de las undécima y duodécima vértebras torácicas y la interna, irregular, en la zona de transición epitelial que puede situarse de 1-2 cms. por arriba de la unión externa, es en este lugar donde se encuentra el esfínter esofágico inferior (2,3,7).

La unión esofagástrica se mantiene en posición gracias a una capa facial alta de la membrana freno-esofágica continuación supradiafragmática de la fascia endotorácica y de una capa facial baja, prolongación infradiafragmática de la fascia transversal (3).

La capa facial alta esta formada por tejido conjuntivo laxo y la inferior es gruesa y fuerte y se divide en una hoja superior y otra inferior, 1-2 cms. antes de unirse a la adventicia del esófago (3).

La hernia hiatal se forma al haber acortamiento de la inserción facial alta debido a factores predisponentes como presión intraabdominal alta persistente junto al mecanismo de deglución que produce tirones de acortamiento durante el mismo, formando primero por lo general una hernia por deslizamiento y posteriormente una hernia paraesofágica (3).

f

## MANIFESTACIONES CLINICAS:

La hernia paraesofágica rara vez se presenta antes de la edad media de la vida, con mucha frecuencia los síntomas no son tan marcados (1,2,3).

Las molestias de la hernia paraesofágica no complicada son dificultad respiratoria después de las comidas, saciedad temprana, sensación de plenitud, náuseas o disfagia (1,2,3).

Los pacientes presentan primero síntomas de reflujo gastroesofágico que posteriormente, en forma gradual, se convierten en síntomas de características obstructivas, esto es de suma importancia ya que es una ominosa clave que denota la transformación de una hernia por deslizamiento en otra paraesofágica o bien el desarrollo de un tumor en la unión gastroesofágica (1,2,3).

Las molestias respiratorias, la aspiración, las hemorragias o gastritis agudas pueden ser la primera manifestación de una hernia paraesofágica en 30-40% de los pacientes (1,2,3).

La obstrucción esofágica distal completa sugiere la complicación de vólvulo que se ve en la herniación masiva, aunque también puede ocurrir sin que la herniación sea tan importante, se caracteriza más por ser episódica, con largos intervalos asintomáticos, puede manifestarse al comer, al rejurgitar alimentos recientemente ingeridos sin digerir, aunque lo más frecuente sea la rejurgitación de moco insípido e incoloro acompañándose de eructos y tos debido a aspiración respiratoria (4).

La anemia crónica asintomática solo es atribuible a ésta entidad cuando se descartan otras causas, cuando se debe a una hernia paraesofágica es debido a una úlcera solitaria llamada "de cabalgamiento" ya que tiende a formarse en la indentación del estómago por el pilar al pasar por el hiato esofágico, aunque la mayoría son benignas y curan con reparar la hernia es conveniente la escisión local para confirmar su benignidad (4).

## **PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS:**

De los exámenes de gabinete, los estudios simples de tórax son diagnósticos al confirmar la presencia de una víscera distendida (estómago) con nivel hidroaéreo encima del diafragma y a la derecha y otro nivel hidroaéreo debajo del diafragma a su izquierda con la sonda nasogástrica (en caso de haberse colocado) (1-4).

Al utilizar medios contrastados se revela la anatomía exacta de la deformación, revelándose la angulación o retorcimiento de la unión esofagogástrica con relleno primero del fondo y después del antro gástrico a traves de un estrechamiento a la mitad del estómago(1-4).

Debe realizarse una endoscopia superior aunque en las hernias paraesofágicas puras este estudio es clásico que reporte resultados negativos ya que el esfínter esofágico inferior se encuentra intacto, en los tipos combinados por deslizamiento y paraesofágico puede haber alteración del mecanismo esfinteriano esofágico inferior con el consiguiente reflujo y sus complicaciones (1-4).

La inspección endoscópica debe realizarse no solo para evidenciar patología asociada con el reflujo gastroesofágico en el esófago, debe inspeccionarse también el estómago y el duodeno para evidenciar cualquier lesión concomitante (1-4).

Aunque la mayoría de los paciente no presenten síntomas de reflujo gastroesofágico es necesario realizar una manometría esofágica para verificar la normalidad del peristaltismo esofágico (1-4).

## **INDICACIONES QUIRÚRGICAS:**

El descubrimiento de la presencia de una hernia paraesofágica es indicación de reparación quirúrgica inmediata ya que las complicaciones que acarrea (hemorragia, infarto gástrico, perforación, obstrucción), pueden poner en peligro la vida, son parte de la evolución de la enfermedad en 25 % de los pacientes con una mortalidad del 19-50% si el procedimiento se realiza en forma urgente y del 1% si se realiza en forma electiva (1-4).

## TRATAMIENTO:

Existen varios procedimientos para corregir una hernia paraesofágica y aunque no hay consenso sobre el mejor procedimiento, pueden agruparse en aquellos encaminados en reconstruir la anatomía normal y los ideados para desarrollar una mecanismo valvular antirreflujo, éstos pueden suplementarse de una vagotomía para reducir la acidez gástrica (1-4, 8, 9, 10, 11).

El abordaje quirúrgico puede ser transabdominal o transtorácico, la elección de cualquiera de éstas vías depende de la preferencia del cirujano, su habilidad y el antecedente de reparaciones previas (1-4).

La vía transabdominal es la usada habitualmente, se accesa a través de una incisión abdominal mediana supraumbilical o paramediana izquierda superior, se secciona el ligamento triangular izquierdo del hígado, el lóbulo izquierdo del hígado se repliega a la derecha exponiendo el campo quirúrgico; se reducen las vísceras herniadas manualmente hacia la cavidad abdominal teniendo presente que la descompresión gástrica por la sonda nasogástrica en el preoperatorio pudo no ser completa, si se detecta esto puede colocarse un trocar para aspirar el remanente gástrico o realizar una gastrostomía tipo Stamm que además ayudaría como fijación adicional del estómago en la cavidad abdominal a manera de cardiopexia (1-4, 8,9,10, 11).

El saco herniario se reseca cerca de su borde diafragmático evitando los nervios vagos, se afrontan los pilares diafragmáticos con puntos de colchonero capitoneados con teflón (1-4).

Reduciendo el estómago a la cavidad abdominal puede fijarse por medio de un procedimiento de funduplicatura tipo Nissen rotando el fondo gástrico 360° por detrás del esófago (además de ser un procedimiento antirreflujo actuaría como fijación gástrica en el abdomen), con un procedimiento tipo Toupet de 240° o bien con una gastropexia como la operación de Boerema consistente en puntos separados que unen el tercio proximal de la cara anterior de la curvatura menor gástrica a la pared abdominal anterior o la gastropexia de Hill que consiste en fijar la parte posterior del cardias al ligamento arqueado (1-4, 10,12,13).

Como puede verse es común la combinación de procedimientos para la reparación de una hernia paraesofágica, sin embargo, a pesar de que los procedimientos descritos son relativamente simples y no presentan una alta mortalidad quirúrgica presentan una recurrencia del 20% (2,5).

El abordaje transtorácico es el preferido además de “por preferencia”, cuando existe antecedente de reparación previa (1-4, 14, 15).

Comprende la realización de la operación Belsey Mark IV abordando el tórax a trabes del séxto o séptimo espacio intercostal izquierdos; es necesario que el paciente cuente además de sonda nasogástrica con cánula endotraqueal selectiva para descompresión selectiva del pulmón izquierdo (1-4, 14, 15).

Se desplaza el pulmón descomprimido para exponer el esófago al seccionar la pleura mediastinal y se inicia su movilización arriba del saco herniario rodeándolo con una cinta de caucho suave, liberándolo de la vena pulmonar inferior y de la arteria aorta, posteriormente se ligan y seccionan los vasos gástricos cortos con objeto de liberar el fundus gástrico y se reduce el estómago a la cavidad abdominal (1-4).

A trabes de las dos ramas del pilar derecho se pasan tres a cuatro suturas atraumaticas y se dejan los hilos largos para anudarse hasta la etapa final del procedimiento, a continuación se efectúa la funduplicatura envolviendo los dos tercios anteriores del esófago con el fundus gástrico con tres puntos de colchonero con material monofilamento, esto a unos 2 cms. por arriba de la unión esofagogástrica, posteriormente se inserta una segunda fila de tres o cuatro puntos de colchonero para reforzar la plicatura anterior y fijar al esófago por debajo del diafragma (1-4).

Se reduce el fundus y el segmento invertido del estómago a trabes del hiato y se anudan las suturas de la segunda fila de puntos y finalmente se anudan los puntos dados en las ramas del pilar derecho al comienzo de la operación (1-4).

Para evitar un estrechamiento excesivo del hiato esofágico y de la funduplicatura es útil la colocación de un tubo esofágico de grueso calibre antes de anudar las suturas (1-4)

Por último se cierra la herida torácica y se deja un tubo de pleurostomía con pleurovac para asegurar la reexpansión pulmonar en forma satisfactoria (1-4).

Posterior a este procedimiento de funduplicatura y también al procedimiento de Nissen y Toupet se espera un buen resultado en el 80% de los casos, con una mortalidad quirúrgica del 0.5% y una morbilidad del 15-20%, consistente en dificultad para deglutir y eructar conocido como "síndrome de la burbuja o hinchazón con gas" (1, 5, 14, 15).

En forma ocasional se efectúan otros procedimientos en especial cuando se enfrenta un esófago relativamente corto como la gastroplastía de Collis en donde se utiliza la curvatura menor para formar un tubo así poder efectuar una reparación sin tensión y más recientemente la colocación de la prótesis de Angelchik consistente en un anillo de caucho que se coloca arriba de la unión esofagogástrica para asegurar su posición intrabdominal (16, 17).

En cuanto a los procedimientos para reducir la acidez gástrica que se pueden incluir son esencialmente los diferentes tipos de vagotomías ya sea troncal, selectiva o altamente selectiva y éstas con o sin piloroplastia; de las anteriormente descritas, la vagotomía altamente selectiva sería el procedimiento de elección ya que evitaría la necesidad de realizar una piloroplastia (1-4).

Otra forma de abordar un procedimiento fallido es facilitando el vaciamiento gástrico por medio de una gastrectomía con una Y en Roux ayudando en el vaciamiento gástrico y en la estabilidad de la reparación previa (13, 14, 18).

Los procedimientos anteriormente descritos también pueden realizarse por abordaje laparoscópico con la consiguiente ventaja de una recuperación más rápida y una menor morbimortalidad en comparación a los procedimientos abiertos según reportan diferentes autores (19, 20, 21, 22, 23).

**OBJETIVOS:**

- A) Conocer la frecuencia de las Hernias Paraesofágicas en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional siglo XXI.
- B) Conocer el tipo de tratamiento que recibieron y cuál fue su evolución.

## **MATERIAL Y METODOS:**

En base a los Archivos del Servicio de Cirugía General y Gastrointestinal se encontraron a 12 pacientes con el diagnóstico de Hernia Paraesofágica de 1985 a 1998, de los cuales se pudieron localizar a 9 en el Departamento de Archivo Clínico del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, por lo que se excluyeron del estudio a 3 pacientes.

Se obtuvieron los datos de los expedientes localizados en base al formato del Anexo # 1 y se realizó estadística descriptiva obteniendo frecuencias y porcentajes en escala de medición nominal.

## RESULTADOS:

En base a los archivos del Servicio de Cirugía General y gastrointestinal se encontraron 12 pacientes con diagnóstico de Hernia Paraesofágica de 1985 a 1998 de los cuales se localizaron a 9 pacientes en el Departamento de Archivo Clínico del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI por lo que se excluyeron del estudio a 3 pacientes de los cuales no se encontró su expediente clínico.

Los 9 pacientes encontrados costaban de 3 varones (33.3%) y 6 mujeres (66.7%), con un rango de edad de 31 años a 84 años (media de 59 años).

La sintomatología que presentaron fue dolor epigástrico en 5 (20%), pirosis en 5 (20%), eructos en 5 (20%), dolor retroesternal en 5 (20%), tos en 2 (10%), distensión abdominal en 1 (5%) y disfagia en 1 (5%).

Se encontraron 3 padecimientos previos en 7 pacientes que fueron diabetes mellitus en 2 (28.6%), hipertensión arterial en 4 (57.1%) y artritis reumatoide en 1 (14.3%).

Las cirugías abdominales previas que presentaban fueron apendicectomía en 3 (17.6%), colecistectomía en 2 (11.8%), ooforectomía bilateral en 6 (29.6%), cesárea en 3 (17.6%), plastia de pared 1 (5.9%), plastia umbilical en 2 (11.8%) y plastia inguinal en 1 (5.9%).

Los estudios de gabinete preoperatorios usados para confirmar el diagnóstico fueron tele de tórax en 9 (32.1%), placa simple de abdomen en 9 (32.9%), cxámen gastrointestinal superior contrastado (S.E.G.D.) en 8 (28.6%), transito intestinal en uno (3.6%), colecistografía oral en un paciente (3.6%), endoscopia superior a 6 (21.6%) y manometría esofágica a 6 pacientes (21.6%).

Se realizaron diferentes procedimientos quirúrgicos encontrándose uno por vía torácica (funduplicatura Belsey Mark IV) (6.3%) y el resto por vía abdominal (93.7%), consistiendo en los procedimientos de funduplicatura Nissen-Rossetti en 3 (25%), funduplicatura de Warner en 2 (12.5%), plicatura de pilares en 4 (37.5%) y los procedimientos agregados de piloroplastia en 1 (6.3%), vagotomía truncular en 1 (6.3%) y adheriolisis en 1 (6.3%).

El tiempo de hospitalización en total fue de 126 días con rango entre 7 y 30 días, con una moda en 7 días (4 pacientes), una media de 14 días y una desviación standard de 9.51 días.

Se les realizó un seguimiento postquirúrgico de 1 semana (11.1%) (un paciente) a 36 semanas (22.2%)(2 pacientes), obteniéndose una media de 24 semanas en 4 pacientes (44.4%) y una desviación standard de 12.6 semanas.

Se obtuvo una forma de evolución satisfactoria en 8 pacientes (88.9%) los cuales se encontraron en el momento de realizar este estudio sin complicaciones debidas al manejo empleado e insatisfactoria en 1 paciente (11.1%) el cual se debió a que presentó una hernia postincisional la cual se reparó en forma satisfactoria posteriormente.

## **CONCLUSIÓN.**

La presentación de las Hernias Paraesofágicas en el Servicio de Cirugía General y Gastrointestinal fue de 9 pacientes en 13 años, corroborados en los expedientes del Servicio de Archivo Clínico del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI (1.4 pacientes/año).

Las Herias Paraesofágicas con más frecuentes en mujeres (66.7%) que en hombres (33.3%) y la edad de presentación media es de 59 años.

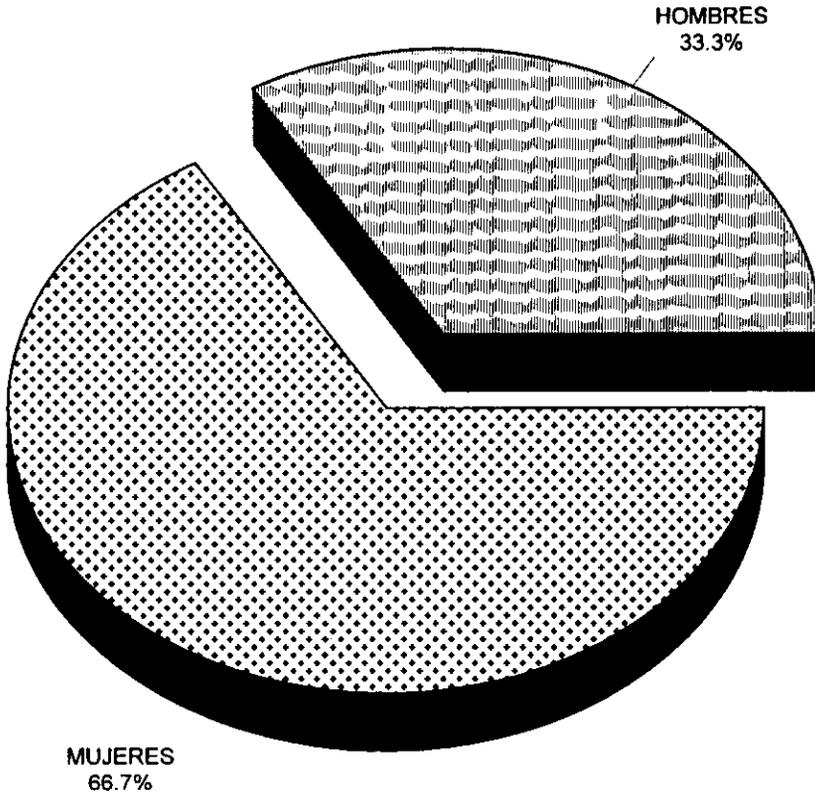
Los estudios de gabinete más utilizados fueron tele de tórax (32.1%), P.S.A. (32.1%), S.E.G.D. (28.6%).

El abordaje quirúrgico más utilizado fue el abdominal (93.7%) y los procedimientos quirúrgicos mas utilizados furon la plicatura de pilares 837.5%), funduplicatura nissen-Rossetti (25%) y funduplicatura de Warner (12.5%).

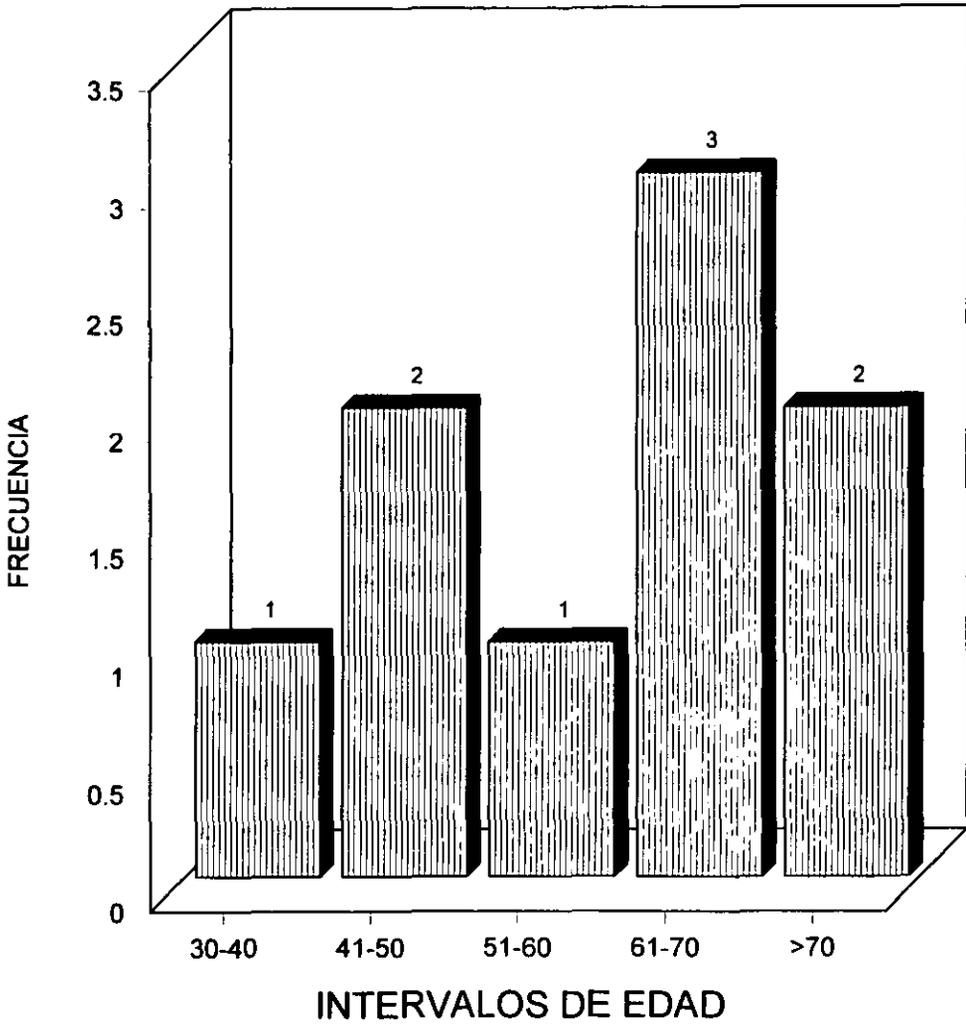
El tiempo de hospitalización medio fue de 14 días y se observó una evolución posterior satisfactoria en el 88.9% de los pacientes.

## GRAFICAS

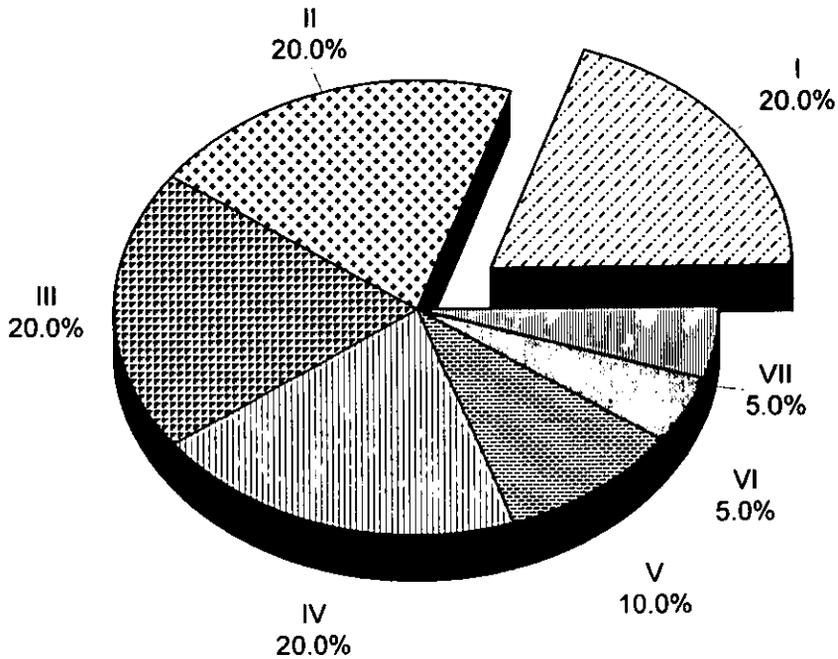
# HERNIAS PARAESOFAGICAS SEXO



# HERNIAS PARAESOFAGICAS EDAD

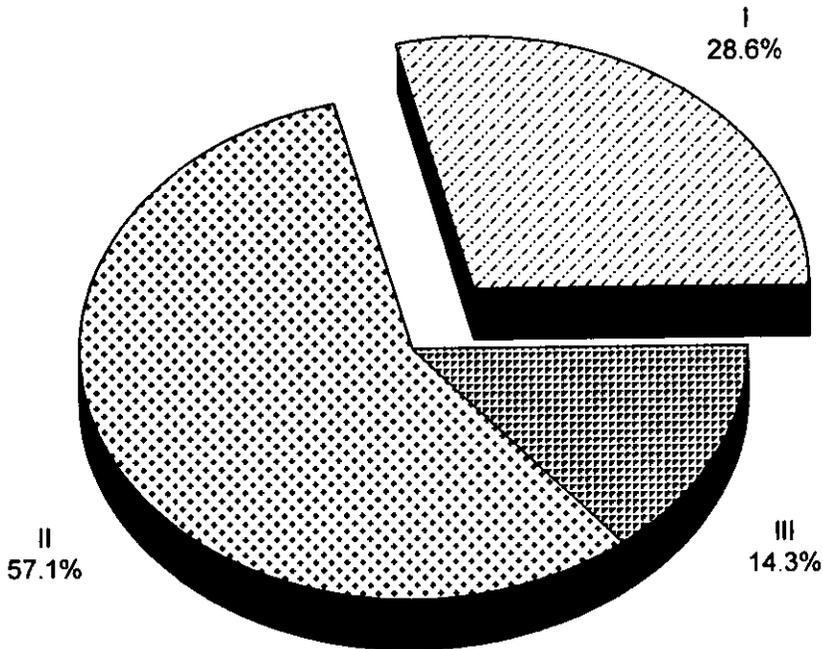


# HERNIAS PARAESOFAGICAS SINTOMAS



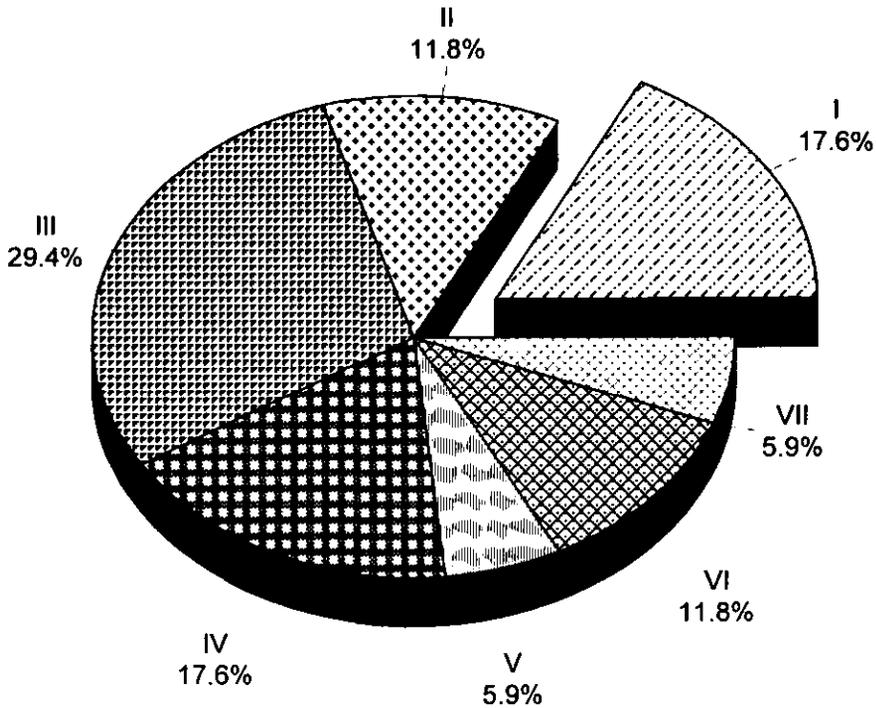
- I DOLOR EPIGASTRICO
- II PIROSIS
- III ERUCTOS
- IV DOLOR RETROESTERNAL
- V TOS
- VI DISTENSION ABDOMINAL
- VII DISFAGIA

# HERNIAS PARAESOFAGICAS ENFERMEDADES ASOCIADAS



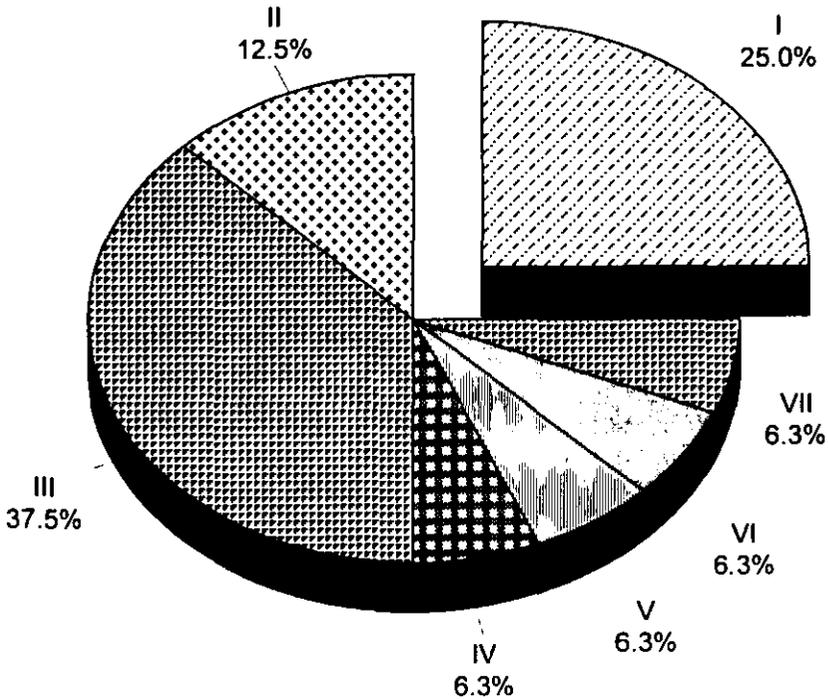
- I DIABETES MELLITUS
- II HIPERTENSION ARTERIAL
- III ARTRITIS REUMATOIDE

# HERNIAS PARAESOFAGICAS CIRUGIAS ABDOMINALES PREVIAS



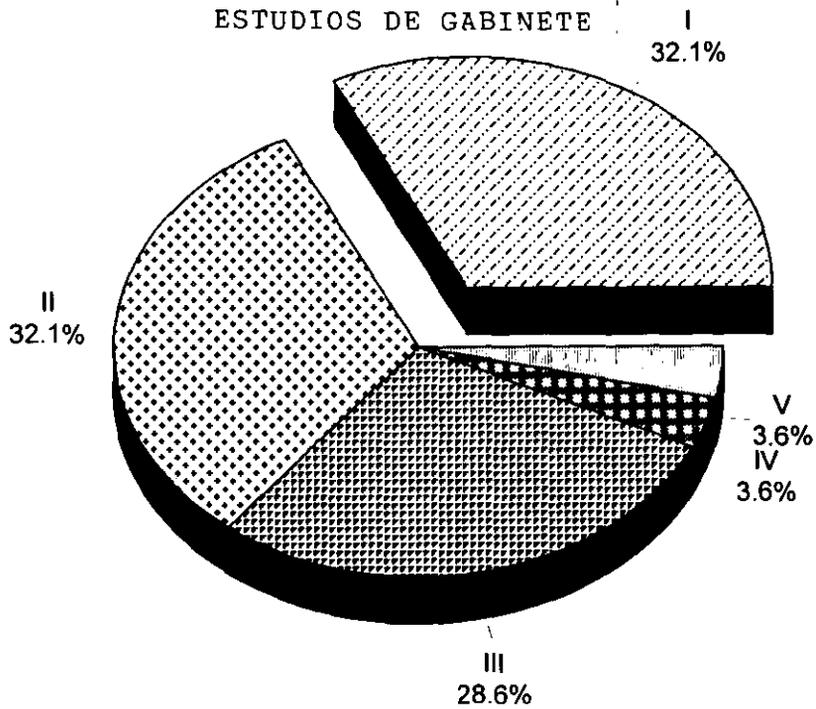
- I APENDICECTOMIA
- II COLECISTECTOMIA
- III O.T.B.
- IV CESAREA
- V PLASTIA DE PARED
- VI PLASTIA UMBILICAL
- VII PLASTIA INGUINAL

# HERNIAS PARAESOFAGICAS TRATAMIENTO QUIRURGICO



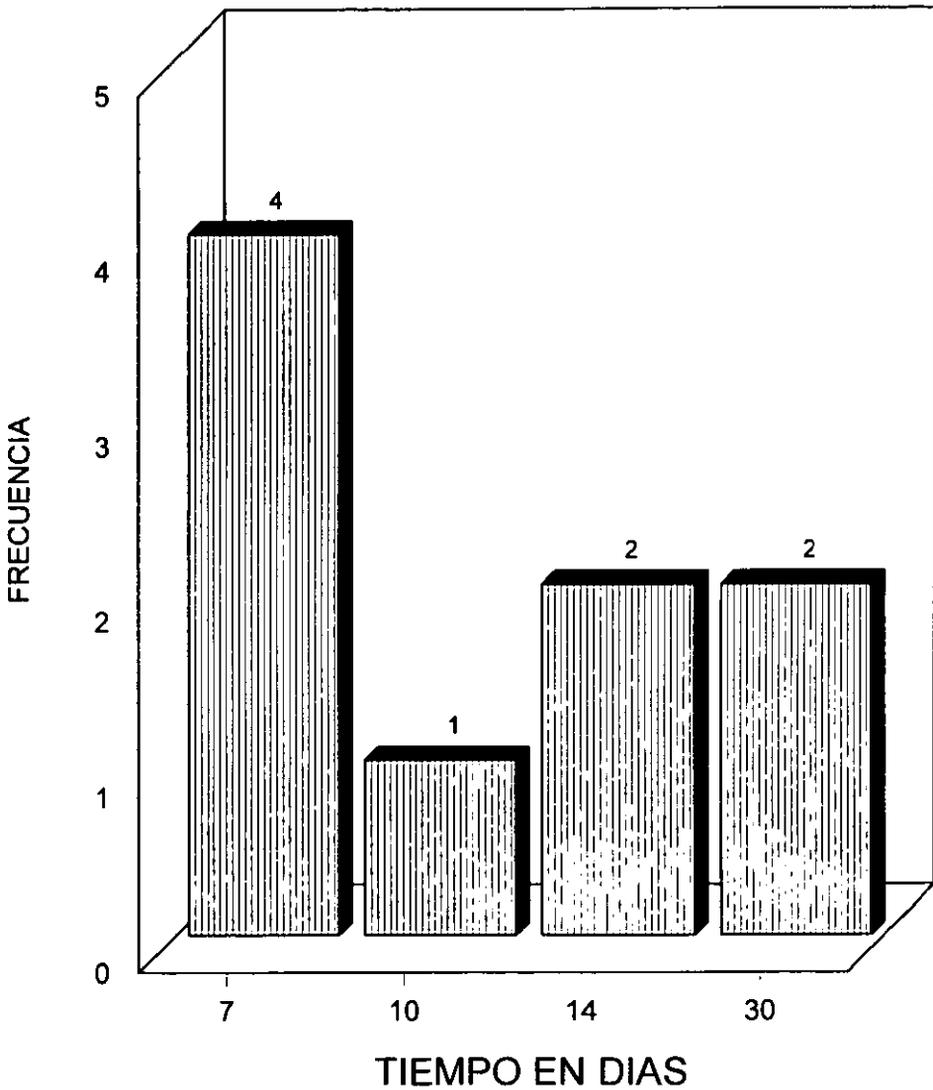
- I FUNDUPLICATURA NISSEN-ROSSETTI
- II FUNDUPLICATURA WARNER
- III PPLICATURA DE PILARES
- IV FUNDUPLICATURA BELSEY MARK IV
- V PILOROPLASTIA
- VI VAGOTOMIA TRUNCULAR
- VII ADERIOLISIS

HERNIAS PARAESOFAGICAS:  
ESTUDIOS DE GABINETE



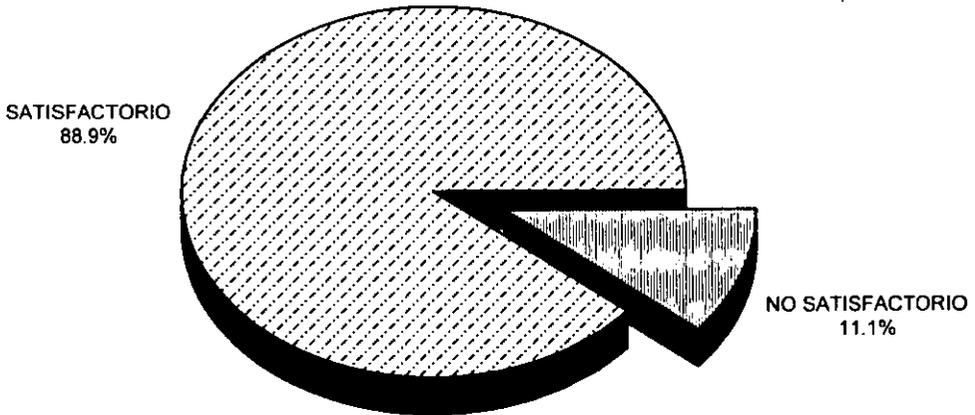
- I TELE DE TORAX
- II P.S.A.
- III S.E.G.D.
- IV TRANSITO INTESTINAL
- V COLECISTOGRAFIA ORAL

# HERNIAS PARAESOFAGICAS TIEMPO DE HOSPITALIZACION

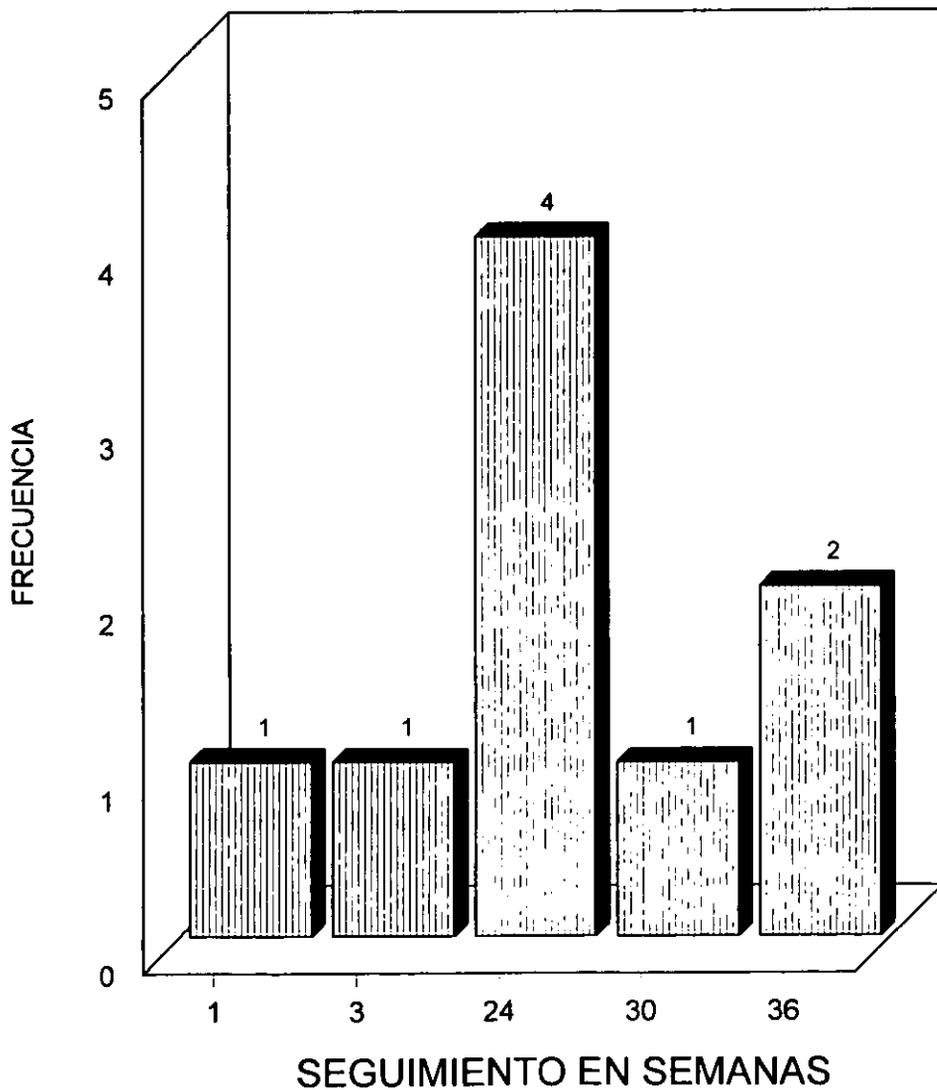


# HERNIAS PARAESOFAGICAS

## TIPO DE EVOLUCION



# HERNIAS PARAESOFAGICAS TIEMPO DE EVOLUCION



**A N E X O # 1**

FORMATO PARA OBTENCIÓN DE DATOS PARA TESIS SOBRE  
HERNIAS PARAESOFAGICAS

1- Edad: \_\_\_\_\_

2- Sexo: \_\_\_\_\_

3- Síntomas:	Tipo:	Tiempo:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

4- Enfermedades asociadas:	Tipo:	Tiempo:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

5- Conocimiento de ser portador de hernia paraesofágica (SI/NO, TIEMPO): \_\_\_\_\_

6- Cirugías abdominales previas y tipo:

---

---

---

---

---

7- estudios de gabinete empleados:

Radiológicos

Endoscópicos

Manometrías

<hr/>	<hr/>	<hr/>

8- Tipo de cirugía, tiempo quirúrgico, complicaciones, sangrado:

---

---

---

---

---

---

9- Hospitalización (tiempo): \_\_\_\_\_

10- Evolución (satisfactoria / Insatisfactoria):

Intrahospitalaria: \_\_\_\_\_ Tiempo: \_\_\_\_\_

Complicaciones:

---

---

---

---

Manejo: \_\_\_\_\_

---

---

11- Estudios de gabinete:

Radiológicos:

Endoscópicos

Manometrías:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

12- Tipo de cirugía, tiempo quirúrgico, complicaciones, sangrado:

---

---

---

---

---

13- Hospitalización: \_\_\_\_\_

14- Evolución (Satisfactoria / Insatisfactoria):

Intrahospitalaria: \_\_\_\_\_ Tiempo: \_\_\_\_\_

Complicaciones:

---

---

---

---

---

Extrahospitalaria: \_\_\_\_\_ Tiempo: \_\_\_\_\_

Complicaciones:

---

---

---

---

---

15- Observaciones:

---

---

---

## BIBLIOGRAFIA

- 1- Seymour I. Schwartz, M. D., et al  
Meingot, Operaciones Abdominales  
Panamericana, Ed. 8ava, 1996.
- 2- George D. Zuidema, et al.  
Shackelford, Cirugía del Aparato Digestivo  
Panamericana, Ed. 3ª, 1993.
- 3- Seymour I. Schwartz, M. D., et al.  
Principios de Cirugía.  
Interamericana, Ed. 6ª, 1996.
- 4- Lloyd M. Nyhus, et al  
El Dominio de la Cirugía.  
Panamericana, ed. 1ª, 1994.
- 5- Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica.  
Cirugía del Esófago.  
Mc-Graw-Hill, Interamericana, 1997.
- 6- Jan. Langman, et al.  
Embriología Médica.  
Editorial Médica Panamericana; Williams & Wilkins, Ed. 4a, 1983.
- 7- M. Latarjet, et al.  
Anatomía Humana  
Panamericana, 1986.
- 8- F. Henry Ellis, Jr., M.D., et al.  
Paraesophageal Hiatus Hernia.  
Arch. Surgery, 1986, pp 416-420.
- 9- S. Rakic, M.D., et al.  
Paraesophageal Hernia Repair with and Without concomitant Funduplication.  
British journal of Surgery, 1984, pp. 1162-1163.
- 10- Roland A. Minder, M. D., et al.  
Relationship of Satisfactory outcome to Normalization of Delayed Gastric  
Emptyng after Nissen Funduplication.  
Annals of Surgery, 1989, pp. 458-465.

- 11- Gregory A. Myers, M. D., et al.  
Magnament of paraesophageal hernia Whith a Selective approach to Antireflux Surgery.  
The American Journal of Surgery, 1995, pp. 375-380.
- 12- Kjell B. A., M. D., et al.  
A long-term Randomized Prospective Trial of the Nissen Procedure versus a Modified Toupet Technique.  
Annals of Surgery, 1989, pp. 719-724.
- 13- Bruno Walther, M. D., et al.  
Effect of Paraesophageal Hernia on Sphincter Function and its Implication on Surgycal Therapy.  
The American Journal of Surgery, 1984, pp. 111-116.
- 14- N. A. Riger, M. D., et al.  
Reoperation after Failed Antireflux Surgery.  
British Journal of Surgery, 1984, pp. 1159-1161.
- 15- James W. Maher, M. D., et al.  
Supradiafragmatic Funduplication  
Long-term Follow-up and Analysis of Complication  
The American Journal of Surgery, 1984, pp. 181-186.
- 16- Lee L. Swanstrom, M. D., et al.  
Laparoscopic Collis Gastroplasty is the Treatment of Choice for the Shortened Esophagus.  
The American Journal of Surgery, 1996, pp. 477-481.
- 17- Rene Menguy, M. D., et al.  
A Modified Funduplication which Preserves the Ability to Blech.  
Surgery, 1978, pp. 301-306.
- 18- John E. Skandalakis, et al.  
Complicaciones Anatómicas en Cirugía General.  
Mc-Graw-Hill, Interamericana, Ed. 1ª, 1996.
- 19- Marco G. Patti, M. D., et al.  
Minimally Invasivy Surgery for Gastroesophageal Reflux Disease.  
The American journal of Surgery, 1995, pp. 614-618.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

- 20- Jorge Cervantes, M. D., et al.  
Cirugía Laparoscópica y Toracoscópica.  
Mc-Graw-Hill, Interamericana, Ed. 1ª, 1997.
- 21- David E. Pitcher, M. D., et al.  
Successful Laparoscopic Repair of Paraesophageal Hernia.  
Arch. Surgery, 1995, pp. 590-596.
- 22- Abdelkader Hawasli, M. D., et al.  
Laparoscopic Repair of Paraesophageal Hiatal Hernia.  
The American Surgeon, 1998, pp. 703-710.
- 23- Stanley C. Harris, M. D., et al.  
Laparoscopic Antireflux Surgery.  
The American Journal of Surgery, 1996, pp. 482-484.

Fè de erratas.-

Debido a errores en el proceso de autocorrección e impresión:

- El nombre del Dr. Guarner se escribió como Warner.
- Se agregó el título a la gráfica de la página 28.
- La palabra través se escribió trabes.