



DOI: <https://doi.org/10.52428/20756208.v18i45.1008>

Hernia hiatal complicada, a proposito de un caso

Complicated hiatal hernia, about a case

Edson Neri Rodríguez Mancilla¹  Jhonn Miguel Cazorla Espada² **Filiación y grado académico**

1 Cirujano general Hospital Obrero Nro. 2 de la Caja Nacional de Salud. Cochabamba Bolivia. edsonrm@hotmail.com.

2 Residente de cirugía general. Hospital Obrero Nro. 2 de la Caja Nacional de Salud. Cochabamba Bolivia. tridenx7@gmail.com.

Fuentes de financiamiento

La investigación fue realizada con recursos propios.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Recibido:06/10/2023

Revisado:4/12/2023

Aceptado:20/12/2023

Citar como

Cazorla Espada, J. M., & Rodríguez Macilla, E. N. Hernia hiatal complicada, a propósito de un caso. Revista De Investigación E Información En Salud, 18(45). <https://doi.org/10.52428/20756208.v18i45.1019>

Correspondencia

Jhonn Miguel Cazorla Espada
tridenx7@gmail.com
+591 76462980

RESUMEN

La hernia hiatal es una complicación del tracto digestivo que suele ser poco frecuente, es generalmente de diagnóstico intraoperatorio, en especial cuando el estómago se encuentra involucrado en el cuadro, siendo este el que se encuentra en la cavidad torácica. Las hernias hiales fueron descritas por Henry Bowdith quien llevo a publicar sobre esta complicación entre 1610 y 1846 por primera vez y en 1848 Vincet Alexander Bochdalek describe por primera vez contenido intestinal en la región lumbodorsal del diafragma dando origen a la hernia diafragmática. La definición de hernia hiatal entra en lo que es la protrusión o prolapso del estómago proximal o cualquier estructura no esofágica a través del hiato esofágico, que puede llegar a ser paraesofágica o por deslizamiento. La sintomatología clásica incurre en disfagia y sintomatología similar al reflujo gastroesofágico, en algunos pacientes puede llegar a ser asintomática. El presente caso es de presentación excepcional, porque se presenta con un problema secundario al tener un abdomen agudo por colelitiasis reagudizada y una perforación gástrica secundaria; la paciente de la tercera edad y con comorbilidades tuvo una buena evolución postoperatoria.

Palabras clave: abdomen agudo, funduplicatura, hernia hiatal, perforación gástrica.

ABSTRACT

Hiatal hernia is a complication of the digestive tract that is usually rare, it is generally diagnosed intraoperatively, especially when the stomach is involved in the condition, this being the one found in the thoracic cavity. Hiatal hernias were described by Henry Bowdith who published on this complication between 1610 and 1846 for the first time and in 1848 Vincet Alexander Bochdalek described intestinal content in the lumbodorsal region of the diaphragm for the first time, giving rise to the diaphragmatic hernia. The definition of a hiatal hernia includes what is the protrusion or prolapse of the proximal stomach or any non-esophageal structure through the esophageal hiatus, which can be paraesophageal or sliding. The classic symptomatology involves dysphagia and symptoms similar to gastroesophageal reflux, in some patients it can be asymptomatic. The present case has an exceptional presentation, because it presents with a secondary problem of having an acute abdomen due to exacerbated cholecystolithiasis and a secondary gastric perforation; The elderly patient with comorbidities had a good postoperative evolution.

Key words: acute abdomen, fundoplication, gastric perforation, hiatal hernia.

INTRODUCCION

La hernia hiatal es la protrusión de contenido de cualquier estructura anatómica del abdomen o del estómago hacia un defecto anatómicamente adquirido en el hiato esofágico. Ambrosio Pare fue el primero en describirlo en el 1580, cirujano barbero del renacimiento, primer cirujano de del rey de Francia Carlos IX. Los tipos de hernia hiatal son el tipo I donde el cardias se desplaza hacia la región de la unión gastro esofágica; el tipo II donde por la presión negativa del del tórax logra el desplazamiento del fondo gástrico hacia el mediastino; tipo III también se las puede denominar mixta, donde es una combinación del tipo I o tipo II; en el último, tipo IV, donde además del estómago se pueden herniar otros órganos como el intestino delgado, colon o estómago y pueden encontrarse en el tórax. Las hernias hiales fueron descritas por Henry Bowdith quien lleo a publicar sobre esta complicación entre 1610 y 1846 por primera vez y en 1848 Vincet Alexander Bochdalek describe por primera vez contenido intestinal en la región lumbodorsal del diafragma dando origen a la hernia diafragmática (1).

Suelen presentarse entre la 4ta y 6ta década de la vida, sin una diferencia significativa en el sexo; se presentan con el 85 % al tipo I, un 14 % son tipo II, 0,8 % tipo III y solo menos del 1 % son tipo IV. La sintomatología no es clara, incluso en algunos pacientes la condición suele ser asintomática, la presentación de los síntomas, aunque leves suelen ser pirosis, regurgitación, melenas o hematemesis, en algunos casos dolor retroesternal y asma. El diagnostico usualmente suele realizarse a través de la radiografía de tórax y abdominal, en muchas ocasiones debe realizarse una tomografía axial computarizada (TAC), el baritado esofago-gastro-duodenal es un estudio útil para ver el tamaño total de la hernia y programar una cirugía; la endoscopia digestiva alta nos es útil para determinar complicaciones como el vólvulo gástrico o la perforación. El tratamiento puede ser medicamentoso con inhibidores H2 (histamina 2) o Inhibidores de la bomba de protones, sin embargo, estos suelen remitir de manera parcial los síntomas;

el tratamiento definitivo suele ser quirúrgico, donde se requiere la reparación del defecto herniario, más una funduplicatura; las indicaciones más comunes de cirugía son: dolor torácico en caso de hernia mixta, hernia paraesfógica, hernia hiatal encarcelada; la cirugía puede ser convencional o laparoscopia dependiendo de la afinidad del cirujano (1-3).

Por la importancia del tema, a continuación, se presenta un caso excepcional, al ser secundario a un abdomen agudo por colecistolitiasis reagudizada y una perforación gástrica secundaria; la paciente de la tercera edad y con comorbilidades tuvo una buena evolución postoperatoria.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 98 años de edad, acude al servicio de medicina interna de emergencias con un cuadro clínico de +/- 1 día de evolución, caracterizado por la presencia de dolor abdominal el cual se intensifica en hemi abdomen superior más en el hipocondrio derecho tras la ingesta de alimentos colecistoquinéticos (mantequilla con arroz); posteriormente con dolor intenso, sin tolerar decúbito supino por disnea de pequeños esfuerzos, además presento falta de eliminación de las deposiciones, desde hace varios días atrás, a pesar de la colocación de enemas evacuantes. Refiere antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento con losartan, además de una cardiomiopatía dilatada, al momento en tratamiento con espirolactona y bisoprolol. Se realizan laboratorios donde se evidencia una leucocitosis de 11,5 miles/ul, con desviación a la izquierda (83 %) y fosfatasa alcalina de 426 U/L, una hiponatremia de 124 mEq/L, razón por la cual el servicio de medicina interna decide transferirlo a nuestro servicio (cirugía general) con diagnóstico de cólico biliar, colelitiasis probable.

Durante la estancia, se solicita una tomografía de abdomen simple (figura 1a, b, c) donde se reporta una hernia hiatal gigante, paraesofágica, vesícula aumentada de tamaño con litos calcificados, razón por la cual se decide internación.

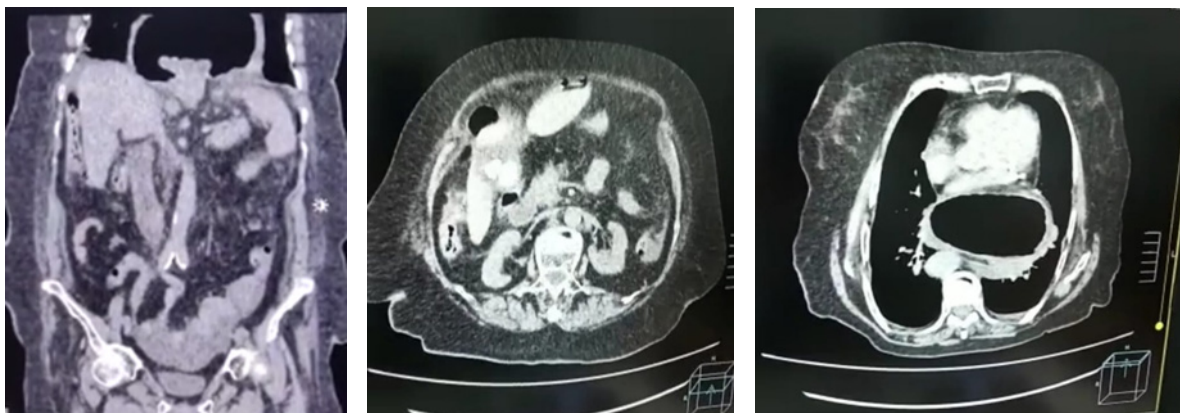


Figura 1a, b, c. Tomografía simple de abdomen, donde se evidencia hernia Hiatal y colecistolitis reagudizada (identificada por las flechas rojas).

Tras su evaluación y completar los exámenes complementarios, se ingresa a quirófano el mismo día, con un diagnóstico preoperatorio de colecistolitis reagudizada y hernia diafragmática; durante el transquirurgico se identifica una perforación gástrica en la curvatura mayor de +/- 4 cm de diámetro probablemente secundario a una ulcera gástrica; peritonitis generalizada, hernia diafragmática y colecistolitis reagudizada, el procedimiento que se realizó fue una laparotomía exploradora más toma de muestra de líquido peritoneal para cultivo y antibiograma, lavado exhaustivo de cavidad y toma de biopsia de ulcera gástrica, rafia de ulcera gástrica en 3 planos con vicryl 3-0 con puntos invaginantes, reducción de contenido de hernia hiatal, cierre de los pilares, funduplicatura tipo Nissen y fijación del fondo gástrico a pilar derecho más una colecistectomía convencional, lavado y drenaje de cavidad. Entre los hallazgos más importantes se logra evidenciar, liquido libre en cavidad abdominal de características alimenticias +/- 1500 cc, natas de fibrinas interasas y una perforación en curvatura mayor de +/- 4 cm de diámetro, vesícula biliar de +/- 15 cm con paredes edematizadas con múltiples litos a tensión. Posterior a la intervención quirúrgica paciente pasa a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI), hemodinamicamente estable.

La evolución en la UTI fue favorable, con pequeñas dosis de soporte vasopresor, buena perfusión periférica y sobre todo buena mecánica ventilatoria, con ventilación espontánea; tras la estancia de 3 días es dado de alta a la unidad de cuidados intermedios de

cirugía (UCIC), donde posterior a 3 días y presentar deposiciones, fue dada de alta a sala general; posterior a completar 9 días del postoperatorio, la paciente fue dada de alta a domicilio con buena tolerancia oral y deposiciones positivas.

DISCUSIÓN

Los pacientes con hernias hiatales complicadas suelen tener sintomatología de un abdomen agudo, como cuando la hernia se encarcela o coexiste con una perforación gástrica, en esta paciente en particular, el cuadro fue muy doloroso y con poca tolerancia oral por la perforación de estómago secundaria al cuadro principal asociado a una colecistolitis reagudizada (1), la resolución quirúrgica fue adecuada y satisfactoria, con un diagnóstico preciso y eficaz; la resolución rápida conlleva a una estancia hospitalaria menor y mayor recuperación de los pacientes, sobre todos de la tercera edad, como en este caso (2-4).

En comparación con algunos estudios vemos que la mayoría de las hernias hiatales fueron de tipo II a III generalmente asintomáticas sin embargo cabe resaltar que en nuestro caso es una hernia hiatal grado IV o complicada, a pesar de que la edad de los pacientes tenga un pico entre los 40 a 60 años, esta patología pocas veces se manifiesta hasta una edad tan grande como en nuestro caso (1-3). Los síntomas asociados con un abdomen agudo por torsión gástrica u otros problemas como neumonías o esofagitis no se presentaron en este paciente, sin embargo, la presentación típica de un abdomen con

datos de agudización estuvo presente, ya que la complicación del vólvulo empeora con la presencia de la perforación gástrica y la colecistolitiasis (2-4)

El tratamiento médico consiste en la administración de inhibidores H2 y procinéticos, sin embargo, nuestra paciente, por el cuadro agudo, requirió un tratamiento quirúrgico, siendo la única solución ante este tipo de complicaciones y en este caso asociado a una colecistolitiasis reagudizada; felizmente el procedimiento y poste operatorio se llevó a cabo con éxito y buena evolución clínica (2) (4) (5).

La hernia hiatal no siempre produce una sintomatología clara, sin embargo, al encontrarse con alguna complicación como la perforación de estómago o vólvulo del mismo, producirá una sintomatología reflejada con un abdomen agudo, además recordemos que la paciente cursaba con una

colecistolitiasis reagudizada, el manejo quirúrgico estándar consiste en una laparotomía exploradora más la resolución de la complicación, en este caso una perforación gástrica; los manejos quirúrgicos oportunos de esta patología son clave para salvar la vida del paciente y el manejo postoperatorio continuo y efectivo ayudara a la recuperación temprana (5-8). Tomando en cuenta la evolución de nuestra paciente, creemos que la evaluación clínica, por medio de exámenes complementarios son vitales para un buen manejo de estos pacientes, sin dejar de lado el trabajo de las diferentes especialidades que participaron en nuestro caso; una de las limitaciones de este caso clínico fue la dificultad en conseguir los reportes de histopatología de nuestra paciente y además la relación de esta patología con otros cuadros agudos (9, 10).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Mantilla-Cadena EN, Montenegro-García E, Morales-Silva B. Diagnóstico y tratamiento de las Hernias Hiato, artículo de revisión. Revista científica dominio de la ciencia. 2022 Junio; 8(2). <https://doi.org/10.23857/dc.v8i2.2650>
2. Sanz-Rodríguez BY, Gari-Marcos L, Escalera-Vargas A. Hernia hiatal con estómago intratorácico. Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación. 2023 Jun; 22(2100). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-93082012000400007>
3. Sanchez-Vaca MS, Cabezas-Larrea MD, Gualan-Torrez TF. Concordancia diagnóstica de la ultrasonografía e histopatología en pacientes con colecistitis aguda. Journal of American Health. 2022 Jul; 5(2). <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/148>
4. Mancillas S, Cubas S, Martínez M, Almada M. Opciones terapéuticas para la colecistitis aguda: de las guías de Tokio 2018 a la práctica clínica. Rev. Med Uruguay. 2022 Aug; 3(22). <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en%20biblio-1409863>
5. Vallejos-Ramírez AJ, Cañizares-Fuentes JC, Barrios-Virreira O. Vólvulo gástrico. Presentación de un caso. Revista de ciencias medicas la habana. 2014 Abril; 20(2). <https://www.redalyc.org/pdf/5517/551757675013.pdf>
6. Nuñez JM, Cardenas-Toledo CH, Jordan-Zamora LA. Apuntes. Volvulo gastrico. Rev. Ciencias de la Salud. 2023 Abril; 2(23). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9012781>
7. Da Rosa V, Rossi A, Perdomo R, Ramade P. Vólvulo gástrico. A propósito de un caso clínico. Rev. Cirugia Paraguay. 2022 Abril; 46(3). <https://doi.org/10.18004/sopaci.2022.diciembre.34>
8. Hermosillo-Cornejo , Lopez-Almanza PX, Reyes-Rodríguez E. Vólvulo gástrico; presentación clínica de una complicación de cirugía gástrica previa. Revista Mexicana de cirugía Endoscópica. 2021 Diciembre; 22(3). <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=106479>
9. Perez-Marreno G, Perez-Palenzuela J. Hernia hiatal mixta complicada con vólvulo gástrico doble. Acta Medica. 2021 Feb; 22(4). <https://www.medigraphic.com/pdfs/actamedica/acm-2021/acm214i.pdf>
10. Cuevas-Cisneros J, Huaman-Sayago SR, Mendoza-Ccorimanya PM. Hernia hiatal gigante: presentación de un caso clínico. Horizid Med. 2023 Feb; 23(2). <http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2023.v23n2.09>