

HERNIA HIATAL¹

MARÍA ELENA ANZURES²

La hernia del esófago abdominal es el primer paso para la formación de la hernia hiatal esofagogástrica por deslizamiento. El tamaño de la hernia no siempre está en relación con la magnitud de las molestias, ya que hernias pequeñas pueden dar lugar a sintomatología muy aparatosa. Radiológicamente es muy importante diferenciar estas pequeñas hernias y dar su verdadero valor a la presencia de los llamados anillos de Schatzki, ámpulas frénicas, vestíbulos. Es menester interpretar con cuidado los esófagos cortos con estómagos estirados, que simulan estenosis del tercio medio del esófago.

La endoscopia es muy importante para determinar el grado de esofagitis, la presencia de ulceraciones, de es-

tenosis, de mucosa gástrica ectópica o heterotópica, de reflujo gastroesofágico, el cardias permanentemente abierto y la ausencia de malignidad.

No existe tratamiento médico para la hernia hiatal, sino para combatir parcialmente los síntomas de la esofagitis. El tratamiento definitivo debe ser quirúrgico, y se le requiere en todo paciente que presente molestias persistentes, sin esperar las complicaciones. La vía más adecuada es la vía abdominal y el objeto de la operación es reducir el calibre del hiato esofágico haciendo comisura posterior, y asegurar la desembocadura del esófago en el estómago en ángulo agudo con la reconstrucción del ángulo de His o la funduplicación posterior. (Gac. Méd. Méx. 101: 731, 1971).

SE LLAMA hernia hiatal por deslizamiento al paso del esófago o del estómago hacia el tórax, a través del hiato esofágico.

¹ Trabajo de ingreso a la Academia Nacional de Medicina presentado en la sesión ordinaria, celebrada el 9 de septiembre de 1970.

² Académico numerario. Hospital General de México.

Nos parece de la mayor importancia el incluir en la definición de la hernia hiatal el concepto de que basta que sea el esófago abdominal el que emigre hacia el tórax, para hablar de hernia hiatal, porque esto aclara perfectamente la sintomatología y las complicaciones que se presentan en estas pequeñas hernias en cuya existen-

cia muchos radiólogos y muchos médicos no creen.

La hernia hiatal no es un padecimiento nuevo, pero en el último lustro se han modificado conceptos sintomatológicos, radiológicos, endoscópicos y de tratamiento y esa es la razón por la cual se presenta una discusión sobre una enfermedad que sin ser nueva, sí es muy frecuente.

Su verdadera frecuencia se desconoce. En comunicaciones de radiólogos va desde el 2.9% al 28% en estudios del tubo digestivo alto.¹

De 1957 a 1967 se internaron 6,013 enfermos en la unidad de Gastroenterología del Hospital General de México. De ellos, 261 tenían hernia hiatal, lo que representa 4.34%. De 1968 a la fecha, se han internado 1,442 enfermos, de los cuales 129 fueron casos de hernia hiatal, lo que representa el 8.91%.

El hecho de que en los últimos dos años y medio se haya duplicado el porcentaje de enfermos atendidos por esta enfermedad, no quiere decir que haya aumentado realmente la frecuencia del padecimiento, sino más bien que hemos hecho conciencia de su existencia por lo que le damos más importancia a la sintomatología y empleamos los métodos de diagnóstico más adecuados y precisos.

La sintomatología de la hernia hiatal es polimorfa, la manifestación más común es la presencia de regurgitaciones ácidas, de pirosis especialmente posturales: en decúbito, al inclinarse; agruras, pero no es raro ver enfermos

con hemorragia como única sintomatología, otros con dolor precordial que puede simular una insuficiencia coronaria, dolor torácico posterior referido a nivel de la 7a. a 9a. dorsales; dolor retroesternal, eructos frecuentes, hipo repetido y prolongado, sin alteraciones bioquímicas; disfagia de implantación brusca en un adulto, que hace pensar primero en una neoplasia maligna, taquicardias, disnea, etc.²

Una observación importante es que no siempre el tamaño de la hernia está en relación con la magnitud de la sintomatología, ya que síntomas muy aparatosos pueden corresponder a hernias pequeñas.

En algunas ocasiones la hernia hiatal está asociada a otras enfermedades, como la úlcera péptica gástrica o duodenal o la colecistitis calculosa; colitis crónicas o divertículos del colon, y la sintomatología se suma y confunde.

Causas

La hernia hiatal puede ser congénita o adquirida. En la hernia congénita puede tratarse de un esófago corto congénito o de una amplitud exagerada del hiato. La adquirida puede deberse a esfuerzos físicos violentos: de índole deportiva, de trabajo o patológicos; a traumatismos tóraco-abdominales; a obesidad o adelgazamiento bruscos. (Tabla I.)

La dislocación del cardias por arriba del diafragma, lo deja sujeto a la presión negativa del tórax, lo que produce insuficiencia cardihiatal, que pro-

TABLA I
CAUSAS DE LA HERNIA HIATAL

Congénitas	{ Esófago corto congénito Amplitud exagerada del hiato

voca incontinencia al gas, que se manifiesta por eructos, reflujo gastroesofágico que se manifiesta por pirosis

y origina esofagitis. (Tabla II). La esofagitis puede llegar a producir ulceraciones de la mucosa con hemorragias, que al cicatrizar llevan a la estenosis y a la retracción del esófago. Estas últimas son las complicaciones más graves de la hernia hiatal.

En las hernias mayores, con un hiato bastante amplio que permite el libre paso de todo el fórnix gástrico y a veces parte del cuerpo del estómago hacia el tórax, la fisiopatología no es la misma, el volumen ocupado por el estómago perturba las funciones de los órganos vecinos: corazón y pulmón, por desplazamiento o compresión. Los síntomas son principalmente disnea, palpitaciones, taquicardia, algias precordiales o dolores pseudoanginosos. Estas grandes hernias rara vez dan lu-

TABLA II
CORRELACION ANATOMOFISIOPATOLOGICA DE LA SINTOMATOLOGIA EN LA HERNIA HIATAL

<i>Trastorno anatómico</i>	<i>Fisiopatología</i>	<i>Sintomatología</i>
Insuficiencia del cardias	→ Reflujo Gastroesofágico	→ Regurgitaciones
↓		
Esofagitis	→ Sensibilidad anormal	→ Agrios, pirosis
↓		
Ulceraciones	→ Hemorragia	→ Hematemesis y melena
↓		
Estenosis	→ Trastorno de la motilidad	→ Disfagia

gar a esofagitis o a estenosis. (Tabla III.)

A veces la causa que provocó la hernia persiste y propicia el crecimiento de la misma y el aumento de las molestias, pero en otras, la causa aparentemente ha cesado y sin embargo, continúa la evolución de la enfermedad. Esto se debe al sitio que ocupa la hernia hiatal y a la diferencia de presiones que existe entre la cavidad torácica y la cavidad abdominal. En el abdomen hay una presión positiva normal, que aumenta en algunos momentos fisiológicos como durante la defecación o el parto; o patológicos como durante la tos o el vómito, presión que se ejerce sobre el estómago abdominal y se transmite a la porción de

TABLA III
FISIOPATOLOGIA EN LAS HERNIAS
HIATALES GRANDES

Paso del cardias y fórnix a tórax
Compresión de órganos torácicos
Disnea, palpitaciones, algias precordiales, taquicardia

estómago que está en situación torácica; por otro lado la presión negativa en el tórax hace efecto de succión sobre la porción herniada de estómago y esófago; mantiene abierto el cardias, facilita el paso del contenido gástrico hacia el esófago (reflujo gastroesofágico), que a su vez condiciona la presencia de la esofagitis.

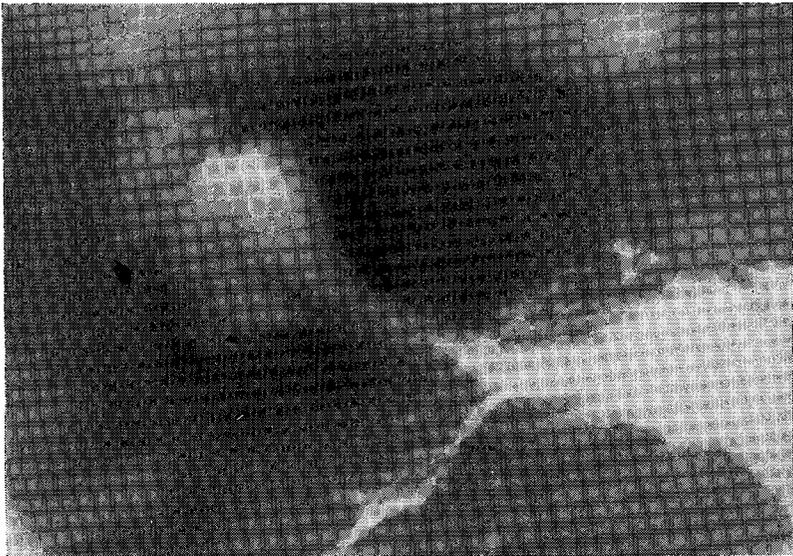


FIG. 1. Anillo de Schatzki.

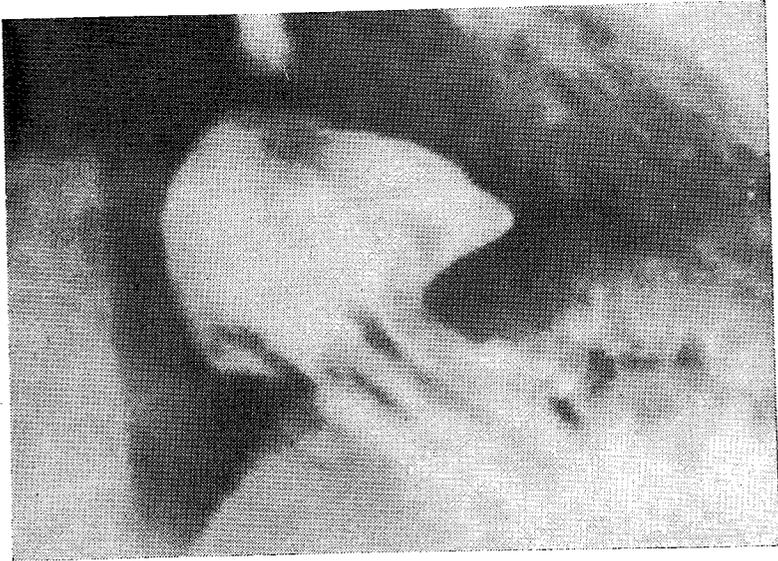


FIG. 2. Hernia hiatal grande.

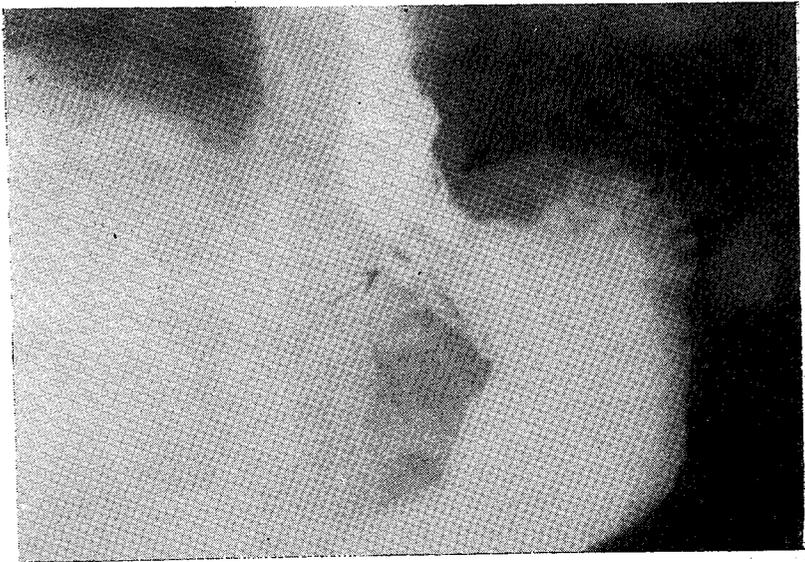


FIG. 3. Hernia hiatal con anillo de invaginación.

Diagnóstico

La radiología es el estudio indispensable para demostrar la hernia hiatal que se ha sospechado por la clínica.

que el esófago tenga un segmento abdominal que mide de 2 a 5 cm y que cuando este segmento se desliza hacia el tórax es el principio de la hernia hiatal³ (Fig. 1). El cardias en plena

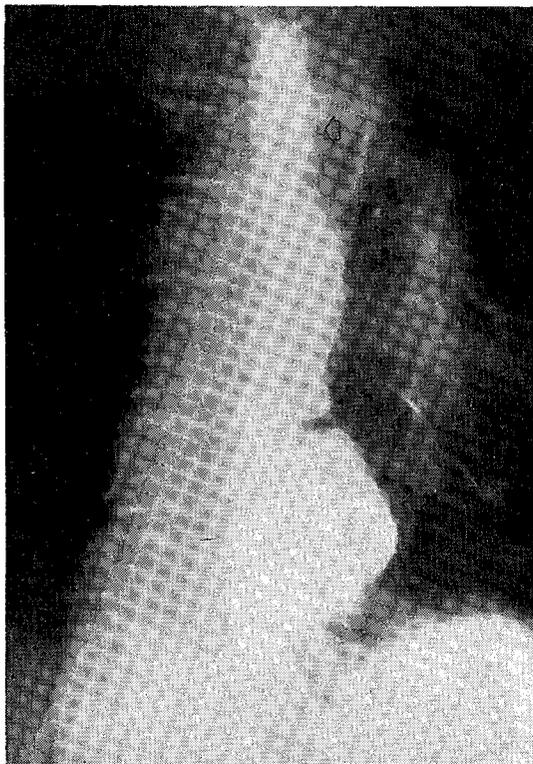


FIG. 4. Esófago rizado, signo de esofagitis en hernia hiatal.

Ha habido nuevas interpretaciones de los hallazgos radiológicos, sobre todo por lo que se refiere a las pequeñas hernias hiatales, ya que las mayores no dan lugar a controversias.

Conviene recordar que es normal

en la cavidad torácica puede demostrarse como una muesca anular que ha sido denominada anillo de Schatzki o de Templeton; lo que queda por debajo de dicho anillo se denomina ámpula frénica, y según Lerner es el vestíbulo

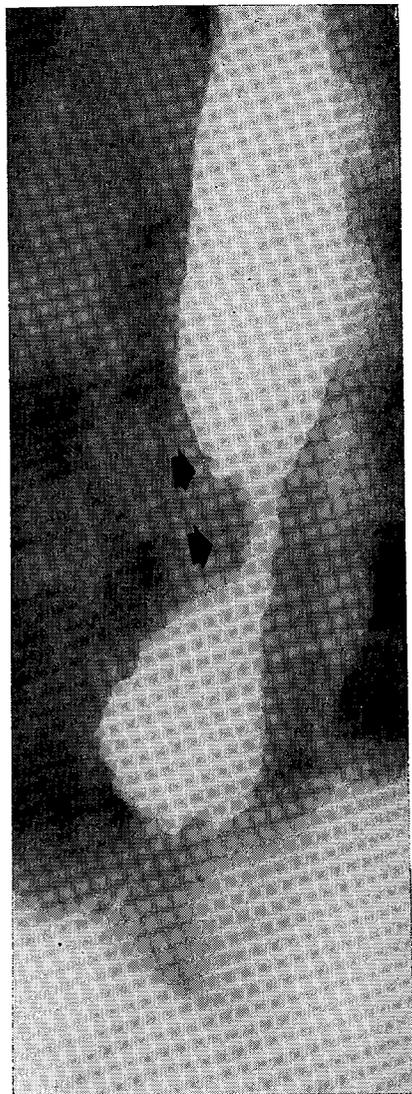


FIG. 5. Hernia hiatal con estenosis del cardias y úlcera péptica en el esófago.

que tiene una movilidad independiente del resto del esófago y que sólo se distiende y adquiere ese aspecto redondeado cuando está en el tórax por la presión negativa que lo rodea.⁴ En su situación abdominal normal, está comprimido por el propio canal hiatal y los órganos vecinos: hígado, bazo, fórnix gástrico.

Cuando se encuentran pliegues gástricos por encima del diafragma, no hay ninguna duda acerca del diagnóstico de la hernia hiatal. (Fig. 2). Puede encontrarse un anillo con apariencia de rodete, como si hubiera edema de la mucosa. (Fig. 3).

Radiológicamente se puede demostrar el sufrimiento del esófago por las ondas secundarias y terciarias en todo su trayecto o en su tercio distal, que le dan un aspecto rizado. (Fig. 4). Se pueden encontrar úlceras pépticas, con nichos que pueden estar situados en el esófago o en la porción herniada del estómago. (Figs. 5 y 6).

Parece importante la interpretación de las radiografías, en las que se encuentra lo que a primera vista parece ser una estenosis del tercio medio del esófago (Fig. 7), y por debajo de ella una sombra angosta que parece esófago distal; pero que con una mirada más atenta se advierte que se trata del estómago que no está dilatado, sino estirado como un paraguas semicerrado, y que en realidad es un esófago corto, congénito o adquirido, en el que la zona estenosada es el cardias. (Figs. 8 y 9).

Hay autores que insisten en que se

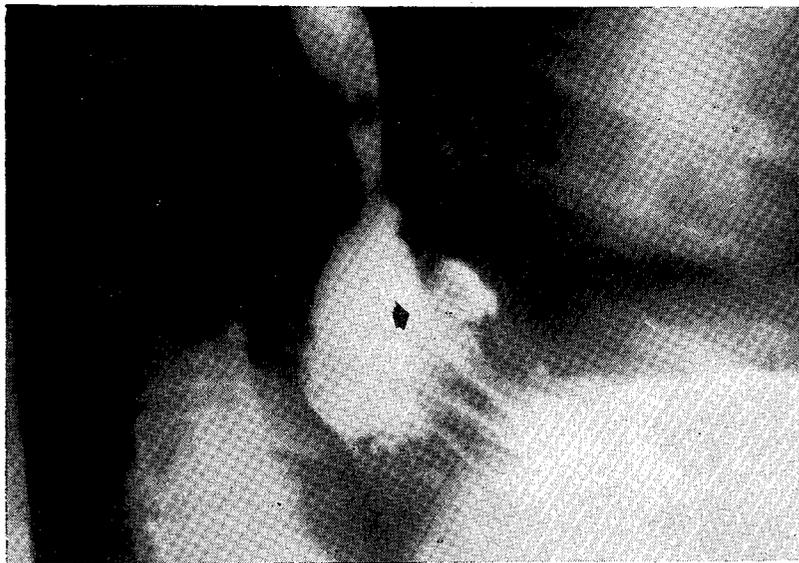


FIG. 6. Úlcera péptica en la porción herniada de estómago.

puede provocar en una persona normal, la imagen de una hernia hiatal inexistente con maniobras bruscas. Esto es inexacto; la demostración de estas hernias, así como su evolución posterior confirman que las hernias pequeñas no son una condición normal en el humano.

En los últimos años la cinerradiografía ha ayudado considerablemente en la demostración del reflujo gastroesofágico, evitando a la vez el peligro de radiaciones innecesarias al enfermo y al médico.

La esofagoscopia es un método de extraordinaria importancia en el estudio de las hernias hiatales, ya que puede determinar la altura de la unión esofagagástrica; la existencia de lesiones

anatómicas: esofagitis, ulceraciones, estenosis, ectopia o heterotopia de la mucosa gástrica; alteraciones fisiopatológicas como la presencia de cardias permanentemente abierto, o reflujo gastroesofágico. Por medio de la biopsia, se señala con exactitud el sitio donde cambia la mucosa esofágica por mucosa de la zona transicional o por mucosa gástrica, se corrobora la esofagitis y se descarta la existencia de tumores malignos.

Tratamiento médico

Es indiscutible que no existe tratamiento médico para los defectos anatómicos que se presentan en la hernia hiatal: la dislocación del cardias, el ensanchamiento del hiato y la laxitud

de las membranas de contención de esófago y cardias.

El tratamiento médico está enfocado realmente a disminuir la esofagitis péptica asociada y algunos de los síntomas que provoca.

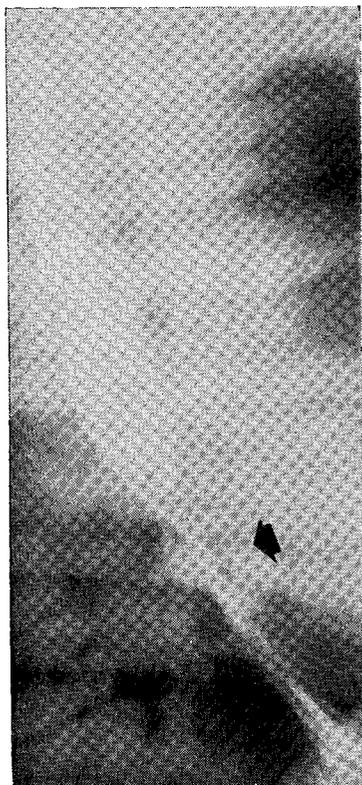


FIG. 7. Hernia hiatal con la porción gástrica estirada "como paraguas cerrado".

Consiste fundamentalmente en reglas de alimentación, de hábitos, a la administración de antiácidos o protectores de la mucosa esofágica, a modificadores del pH gástrico y modifica-

dores de la motilidad del esófago y del estómago.

Alimentación. Se permiten los alimentos que no tienen efectos sucagogos ni irritantes, de preferencia de origen animal y preparados en forma muy sencilla: arroz blanco seco, sopas crema, carnes asadas o cocidas, pescado al horno o al vapor, mariscos al natural, huevos con poca grasa, sin chile, frutas que no sean ácidas, frescas, leche, quesos suaves, crema, mantequilla, verduras en ensaladas sin vinagre, jitomate crudo.

Los pacientes deben comer a horas fijas, bien sentados, hacer una sobremesa, no levantarse de la mesa mientras come, no comer a saciarse, no apretarse la cintura, no agacharse doblando la cintura, no acostarse acabando de tomar alimentos, no tomar los alimentos muy calientes, no levantar ni mover objetos pesados, dormir con la cabecera levantada de 30 a 50 cm.

Se prohíben los alimentos sucagogos o irritantes, especialmente los hechos a base de hidratos de carbono: atoles, dulces, frutas en almíbar, chocolate, café solo, té negro, caldos de carne, consomés, jugos de carne, sopas aguadas hechas con caldos, tamales de chile o de dulce, bebidas dulces con o sin gas, bebidas alcohólicas, chile, alimentos muy condimentados, alimentos muy fritos, alimentos enlatados, caldillo de jitomate, carnes frías, embutidos, exceso de pan o de tortilla.

Los alimentos permitidos se distri-

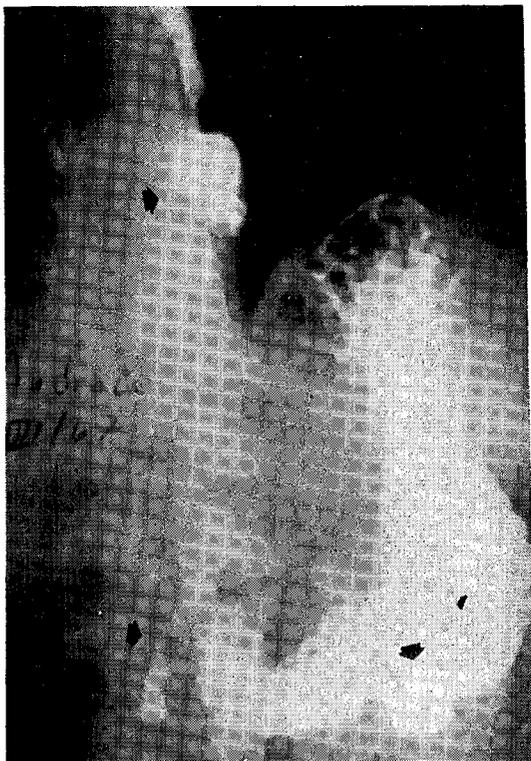


FIG. 8. Coexistencia de: hernia hiatal, úlcera gástrica de curvatura mayor y úlcera duodenal.

buirán adecuadamente durante el día, pero por la noche deberá tomarse el último alimento unas tres horas antes de acostarse. Es conveniente evitar la popular merienda a base de pan blanco o de dulce y café con leche endulzada, substituyéndola por una cena a base de carne, huevos o queso, sin pan ni tortilla.

Las mejores posiciones para acostarse son en primer lugar el decúbito ventral, para que el esófago quede en

la parte más elevada; enseguida el decúbito lateral derecho para que el antro y el píloro queden en situación más baja y se facilite la evacuación distal del estómago. Tanto el decúbito lateral izquierdo, como el decúbito dorsal favorecen considerablemente el reflujo gastroesofágico.

Medicamentos. Los alcalinos o protectores de la mucosa son eficaces para disminuir las molestias menores. Deben darse a continuación de los ali-



FIG. 9. Muñón gástrico después de gastrectomía y presencia de hernia hiatal.

mentos con objeto de que barnicen la superficie de la mucosa esofágica y eleven el pH gástrico para hacerlo menos irritante y facilitar la apertura del píloro. Deben darse además en cuanto principien sensaciones de agruras o pirosis, en cualquier momento del día o de la noche; los polvos en suspensión y los geles son más apropiados que los comprimidos.

Pueden emplearse antiespasmódicos suaves para tratar de impedir ondas antiperistálticas y espasmos a nivel del esófago o del antro. Está contraindicado usar anticolinérgicos porque al disminuir el tono gástrico dificultan la evacuación del estómago y facilitan las regurgitaciones.

Es importante advertir a los enfer-

mos que se abstengan de utilizar medicamentos que contengan ácido acetilsalicílico, salicilatos, corticosteroides, butazolidinas y en general todos los medicamentos que se usan como anti-reumáticos.

Tratamiento quirúrgico

Así como ha variado el concepto del diagnóstico de la hernia hiatal, se ha modificado el concepto acerca de su tratamiento. En un principio sólo se intentó el tratamiento quirúrgico para las hernias muy grandes y es mérito de Allison el haber abordado las primeras hernias por vía torácica, aunque por haber practicado comisura anterior se facilitaban las recidivas. De-

bido a eso y a la toracotomía la operación no fue muy popular.

En la actualidad se considera que la vía abdominal es la más adecuada para el tratamiento de las hernias hia- tales no complicadas;^{5, 6} como la cirugía electiva se ha convertido en un procedimiento bastante seguro y se han afinado los conceptos anatómicos y fisiológicos creemos que la cirugía es el procedimiento de elección para curar definitivamente las hernias hia- tales, de la misma manera que la cirugía es el procedimiento de elección para curar las hernias inguinales o umbilicales.

La vía abdominal permite la disección cuidadosa de los pilares del dia- fragma y la reconstrucción del hiato según la función del mismo, reforzando el apoyo posterior que recibe de sus inserciones en los cuerpos verte- brales, para que al hacerse la contrac- ción del mismo, se abata la porción más inferior del esófago y se refuerce el efecto esfinteriano del cardias. Esta vía permite abordar y corregir la pato- logía abdominal coexistente, tal como las úlceras pépticas gástricas o duode- nales que se encuentran en 7% de los casos y las colecistitis calculosas, que se asocian aproximadamente en 4% de las hernias hiaales.

En estos casos de patología asociada es importante corregir ambos procesos, ya que si se hace el tratamiento de la colecistitis y se deja la hernia hial, la sintomatología que persiste hará que el enfermo se sienta insatisfecho de su operación. Del mismo modo, cuando

solo se hace el tratamiento de la úlce- ra péptica y se deja la hernia, las regurgitaciones, especialmente de bilis, que mantienen en actividad la esofa- gitis, persisten para desesperación del enfermo y de su médico, y obligan mu- chas veces a una nueva intervención para corregir la hernia hial.

Además de la reparación del hiato, es necesario asegurar que el esófago vuelva a penetrar en ángulo agudo en el estómago, y para ello se practican, bien la reconstrucción del ángulo de His o la funduplicación posterior; am- bos procedimientos llenan el objetivo de volver a formar la cámara aérea. Algunos autores piensan que basta la funduplicación para asegurar la con- tinencia del cardias, pero en nuestro concepto es preferible hacer también la reparación de la hernia con los pun- tos en los pilares del diafragma que disminuyan el calibre del hiato.

En las hernias hiaales complicadas con estenosis péptica, con retracción del esófago, se requiere además va- gueotomía, piloroplastia y sesiones pre y postoperatorias de dilataciones.

Se hace énfasis una vez más, en que debe operarse la hernia hial siem- pre que dé molestias, sin esperar a que ocurran complicaciones.

REFERENCIAS

1. Balart, A. y McHardy, G. G.: *Hernia hial, incidencia vs. significación*. G. E. N. 24: 249, 1970.
2. Postlethwait, R. W. y Sealy, C. W.: *Surgery of the esophagus*. Springfield, Charles C. Thomas. 1961, p. 160.

3. Stilson, W. L. y Sanders, I.: *Hiatal hernia and gastroesophageal reflux. A clinico-radiological analysis of more than 1000 cases.* Radiology 93: 1323, 1969.
4. Valencia Parparcen, J. y D'Escrivan, G.: *Controversias en Gastroenterología.* En: *La Hernia Hiatal. Diagnóstico y Clínica.* Madrid, Grafos Impresores Asociados 1967, p. 238.
5. Milton, V. D. y Javad, F.: *Gastroesophageal reflux and hiatal hernia. Experiences with the Belsey repair.* Amer. J. Surg. 118: 883, 1969.
6. Mustard, R. A.: *A survey of techniques and results of hiatus hernia repair.* Surg. Gynec & Obst. 128: 131, 1970.

La doctora María Elena Anzures-López obtuvo su título profesional en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México el 17 de octubre de 1951, con la tesis profesional "Efecto del cloruro de beta metil colina sobre las enzimas pancreáticas en el líquido duodenal", habiendo obtenido mención honorífica. Realizó sus estudios de postgrado en el Hospital General de México. Es profesor titular de la Clínica de Aparato Digestivo de la Facultad de Medicina desde 1964. Su producción científica ha sido publicada en revistas periódicas nacionales. La Academia Nacional de Medicina la recibió en su sección de Gastroenterología el 9 de septiembre de 1970.

COMENTARIO OFICIAL

MARIO QUIÑONES¹

YA mencionada en los escritos de Hipócrates, fue París quien inicialmente en 1570 al estar haciendo la autopsia a un oficial del ejército, muerto por heridas penetrantes de abdomen y tórax, advirtió una hernia diafragmática. Ambrosio Paré en 1575 da una reseña detallada de dos casos de hernia diafragmática, una de ellas estrangulada, de origen traumático también, encontradas a la autopsia; fue en 1769, cuando Morgagni por vez primera describió una hernia hiatal a través de un orificio natural del diafragma, el hiato esofágico, abertura o anillo que da paso a la porción inferior del esófago.

En el diafragma se encuentran también el foramen de Morgagni, el de Larrey y el de Bochdaleck, que son puntos débiles por donde también pueden hacer hernia hacia el tórax, el epiplón o vísceras abdominales.

Es sin duda la hernia diafragmática a través del hiato esofágico la más importante y la que ocurre con más frecuencia. De ella

se ocupa en su interesante trabajo de ingreso a esta honorable Academia Nacional de Medicina, la doctora María Elena Anzures.

Como se ve la hernia hiatal es padecimiento conocido desde la antigüedad, al que se siguió haciendo referencia más bien por hallazgos casuales de autopsia o encuentros, casuales también, con motivo de intervenciones quirúrgicas para tratar otros males.

Esto es explicable si consideramos que, con raras excepciones, la mayoría de estas hernias son asintomáticas en su iniciación, o carecen de una sintomatología específica que condujera a determinar su presencia; no se pensaba en ellas.

La hernia hiatal tiene carácter progresivo en su desarrollo y ya avanzada, tiene sintomatología variada, confusa y compleja. Las manifestaciones sintomáticas pueden ser ligeras o intensas, cortas o prolongadas, periódicas o permanentes, pero nunca específicas. Las más de las veces es una sintomatología de préstamo, pues corresponde en gran parte a manifestaciones de males con los que puede ir asociada.

¹ Académico numerario.

3. Stilson, W. L. y Sanders, I.: *Hiatal hernia and gastroesophageal reflux. A clinico-radiological analysis of more than 1000 cases.* Radiology 93: 1323, 1969.
4. Valencia Parparcen, J. y D'Escrivan, G.: *Controversias en Gastroenterología.* En: *La Hernia Hiatal. Diagnóstico y Clínica.* Madrid, Grafos Impresores Asociados 1967, p. 238.
5. Milton, V. D. y Javad, F.: *Gastroesophageal reflux and hiatal hernia. Experiences with the Belsey repair.* Amer. J. Surg. 118: 883, 1969.
6. Mustard, R. A.: *A survey of techniques and results of hiatus hernia repair.* Surg. Gynec & Obst. 128: 131, 1970.

La doctora María Elena Anzures-López obtuvo su título profesional en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México el 17 de octubre de 1951, con la tesis profesional "Efecto del cloruro de beta metil colina sobre las enzimas pancreáticas en el líquido duodenal", habiendo obtenido mención honorífica. Realizó sus estudios de postgrado en el Hospital General de México. Es profesor titular de la Clínica de Aparato Digestivo de la Facultad de Medicina desde 1964. Su producción científica ha sido publicada en revistas periódicas nacionales. La Academia Nacional de Medicina la recibió en su sección de Gastroenterología el 9 de septiembre de 1970.

COMENTARIO OFICIAL

MARIO QUIÑONES¹

YA mencionada en los escritos de Hipócrates, fue París quien inicialmente en 1570 al estar haciendo la autopsia a un oficial del ejército, muerto por heridas penetrantes de abdomen y tórax, advirtió una hernia diafragmática. Ambrosio Paré en 1575 da una reseña detallada de dos casos de hernia diafragmática, una de ellas estrangulada, de origen traumático también, encontradas a la autopsia; fue en 1769, cuando Morgagni por vez primera describió una hernia hiatal a través de un orificio natural del diafragma, el hiato esofágico, abertura o anillo que da paso a la porción inferior del esófago.

En el diafragma se encuentran también el foramen de Morgagni, el de Larrey y el de Bochdaleck, que son puntos débiles por donde también pueden hacer hernia hacia el tórax, el epiplón o vísceras abdominales.

Es sin duda la hernia diafragmática a través del hiato esofágico la más importante y la que ocurre con más frecuencia. De ella

se ocupa en su interesante trabajo de ingreso a esta honorable Academia Nacional de Medicina, la doctora María Elena Anzures.

Como se ve la hernia hiatal es padecimiento conocido desde la antigüedad, al que se siguió haciendo referencia más bien por hallazgos casuales de autopsia o encuentros, casuales también, con motivo de intervenciones quirúrgicas para tratar otros males.

Esto es explicable si consideramos que, con raras excepciones, la mayoría de estas hernias son asintomáticas en su iniciación, o carecen de una sintomatología específica que condujera a determinar su presencia; no se pensaba en ellas.

La hernia hiatal tiene carácter progresivo en su desarrollo y ya avanzada, tiene sintomatología variada, confusa y compleja. Las manifestaciones sintomáticas pueden ser ligeras o intensas, cortas o prolongadas, periódicas o permanentes, pero nunca específicas. Las más de las veces es una sintomatología de préstamo, pues corresponde en gran parte a manifestaciones de males con los que puede ir asociada.

¹ Académico numerario.

Por mucho tiempo esto hizo difícil su diagnóstico, pero ante tales cuadros y los citados hallazgos, ya se pensó en su posible existencia, primer paso para poder llegar a diagnosticarla. Ya hubo diagnósticos de sospecha, de presunción, pero no fue posible hablar de diagnóstico clínico de la hernia hiatal, sino hasta que la exploración radiológica fue aplicada en auxilio de la clínica.

Estoy de acuerdo con la doctora Anzures en que si ahora las estadísticas registran mayor número de casos de hernia hiatal, es porque ya se piensa en ellas y se aplican mejores medios diagnósticos, y no porque la frecuencia del mal haya aumentado.

Antes de ello los enfermos con su difusa y compleja sintomatología, iban del médico general, al gastroenterólogo, de éste al neumólogo o al cardiólogo, de allí al urólogo o neurólogo y tras de su penoso peregrinar, quedaban con la decepción de la ineficacia o casi inutilidad de los tratamientos a que habían sido sometidos. Esto se explica debido a que frecuentemente con la hernia hiatal, que es más común entre los 40 y los 65 años, existen otros padecimientos, como colecistitis, calculosa o no, gastritis, úlcus gástrico o duodenal, apendicitis crónica, pancreatitis, litiasis renal, colitis crónica, pleuritis, enfisema pulmonar, lesión de las coronarias o neoplasias. O bien la esofagitis, simple o ulcerosa, por reflujo del contenido ácido del estómago o aún la fibrosis o estenosis, cuyas manifestaciones variadas, hacen confuso el cuadro clínico.

De la hernia podríamos decir que sus manifestaciones más frecuentes son las agruras, las pirosis y el reflujo gastroesofágico, cuando el cardias está por arriba del diafragma, el ángulo de His se ha hecho obtuso y la válvula de Bugarof no funciona correctamente, como ocurre en las hernias esófago gástricas por deslizamiento; y también el dolor y fenómenos de compresión tórácica sin agruras ni pirosis generalmente en las hernias paraesofágicas; y todo ese conjunto sintomático en las mixtas. Pueden agregarse nuevos síntomas que más bien corresponden a sus complicaciones, tales como hemorra-

gias, síndrome de oclusión gástrica o intestinal o manifestaciones de compresión intratorácica.

Debe hacerse una cuidadosa semiología de cada síntoma recogido, dándole su justo valor, y en ocasiones puede resultar ventajoso tratar de hacer el diagnóstico de la hernia por exclusión, eliminando, previo cuidadoso análisis, cada uno de los padecimientos que parecen tomar parte en el cuadro clínico actual. En ello los antecedentes tienen mucha importancia.

La aplicación de las exploraciones radiológica y esofagoscópica es muy valiosa y son definitivas en el diagnóstico de la hernia hiatal y de sus variedades.

Fue Waelli quien en 1912 hizo los primeros hallazgos radiológicos de hernia diafragmática. Es el radiólogo quien en exploraciones de rutina del aparato digestivo ha descubierto la gran frecuencia de hernias hiatales, sin manifestaciones clínicas, sobre todo en exploraciones de viejos y de embarazadas, personas en quienes los medios de fijación y contención esófago-cardio-tuberositarios frecuentemente se encuentran alterados y la presión abdominal aumentada.

La aplicación desde Morrison de la posición de Trendelenburg y otras nuevas técnicas para la investigación de la hernia hiatal, han ayudado mucho a su descubrimiento y a determinar su frecuencia y variedad. Es de recomendarse que cuando hay fundada sospecha de la existencia de una hernia hiatal, si no se logra comprobar en un primer examen, se repita las veces que sea necesario, pues podría tratarse de una hernia inconstante por reducción espontánea.

Es por esta exploración que puede comprobarse la realidad del nuevo concepto de la hernia por deslizamiento que la doctora Anzures tiene respecto de la emigración del esófago abdominal hacia el tórax al través del hiato. Sin duda que tal dislocación puede permanecer estacionaria y constituir entonces tan solo una hernia esofágica por deslizamiento, cuya fisonomía es digna de ser estudiada.

A mi juicio esto es excepcional y creo

que tal situación debe ser mas bien considerada como el estado inicial de la hernia esofagagástrica por deslizamiento, a lo que seguramente llegará si no se modifican los factores patogénicos que son causa de su aparición: amplitud anormal de la abertura del hiato; relajación de los medios de fijación; aumento de la presión intraabdominal; influencia de la presión torácica negativa.

El examen esofagoscópico es muy valioso porque nos puede dar el dato de la longitud esofágica, útil en el diagnóstico de algunas hernias y del esfago corto congénito, que no es hernia, y del adquirido que sí lo es, ya que en el primero no hubo salida de víscera del abdomen al tórax, sino que se trata de una ectopia, y en el segundo de una retracción fibrosa, generalmente por esofagitis, que arrastró del abdomen hacia el tórax al cardias y al estómago. También nos puede dar cuenta de complicaciones como la esofagitis, ulceraciones de la mucosa y estenosis.

Por lo que respecta al tratamiento de la hernia hiatal, creo que la cura radical es el lógico, y el único que realmente puede ser efectivo.

Como la doctora Anzures, pienso que no hay tratamiento médico para un mal que depende fundamentalmente de defectos anatómicos, que es un padecimiento esencialmente orgánico.

Sin embargo hay casos que como hemos dicho son asintomáticos, hallazgos radiológicos, pequeñas hernias para las que los pacientes no van a aceptar ni siquiera un tratamiento médico. Hay que advertirles de su padecimiento, recomendarles algunas reglas higiénicas y observarlos periódicamente.

Cuando la sintomatología persiste a pesar del tratamiento médico, la hernia es muy voluminosa, o aparecen complicaciones, debe recomendarse la intervención quirúrgica, previa muy cuidadosa preparación del paciente.

Pasado el delicado problema de decidir que el caso ya es sujeto de tratamiento quirúrgico, viene el de resolver por qué vía debe abordarse el problema. Mucho se ha discutido acerca de las vías torácica, abdominal o

la mixta. Cada una tiene sus ventajas y sus desventajas, pero la base debe ser siempre la cuidadosa determinación del estado patológico del paciente para saber si se va a intervenir en sujeto solamente con hernia, y de qué tipo, o con otro padecimiento quirúrgico que tenga que afrontarse en la misma intervención, y calcular bien su resistencia orgánica.

La experiencia y la destreza en el manejo de la vía son factores de mucha importancia en el resultado. Por una o por otra vía, el plan debe ser tener amplio campo operatorio para poder:

- 1° Reducir la o las vísceras herniadas.
- 2° Tratar adecuadamente el saco herniario (extirparlo o plegarlo).
- 3° Estrechar a límite conveniente el hiato (sutura de los bordes del hiato, atrás del esfago).
- 4° Reconstrucción de los medios de sostenimiento (ligamiento frenoesofágico).
- 5° Restablecimiento de las buenas condiciones de la encrucijada esofago-cardio-tuberositaria (regularización del ángulo de His; fijación de la tuberosidad gástrica).

La cuidadosa reconstrucción del hiato y los cuidados postoperatorios son muy importantes para evitar la recidiva, tan molesta.

Estoy de acuerdo con la doctora Anzures en que no hay que esperar que haya complicaciones para intervenir. Toda intervención de emergencia es siempre más peligrosa. También como ella pienso que cuando hay problema quirúrgico concomitante se debe procurar resolverlo en la misma intervención.

Es frecuente que a pesar de una buena intervención y de un buen resultado quirúrgico queden síntomas residuales, principalmente agruras y pirosis por la esofagitis de reflujo si la hubo.

Aparte de los puntos que con su gran conocimiento y experiencia en el tema trata la doctora Anzures, debo hacer notar el mérito que tiene señalar un problema que ya es de atención diaria para el médico y que por

tanto no debe olvidarlo, ya que pensando en él podrá orientar mejor el estudio de sus pacientes y diagnosticar casos de hernia hial que le hubieran pasado desapercibidos.

La serenidad de juicio y la profundidad de conceptos que campean en todo el trabajo de la doctora Anzures no me han causado

extrañeza, ya que son resultado de su afán constante de superación tanto en la cátedra como en el hospital, donde ascendiendo a fuerza de concursos, ocupa actualmente, por oposición, la jefatura del Servicio de Gastroenterología que otrora ocupara el inolvidable maestro Abraham Ayala González.