

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 torácica 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 Waeli 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 hiales, 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 esófago 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 esófago).
- 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.
