

## HERNIA HIATAL. NUEVO ENFOQUE DIAGNOSTICO

- \*\*\*\* Dr. Juan José Batlle
- \*\*\* Dr. Arismendy de León
- \*\* Dr. Angel Morrobel Betances
- \*\* Dra. María Carmela Rodríguez
- \* Dra. Josefina Telma Zelaya

### INTRODUCCION

De las Hernias Diafrámicas, la más frecuente es la del Hiato Esofágico. Es una de las patologías más frecuentes en la consulta de pacientes con afección del Tracto Gastrointestinal Superior y es frecuente pasarla por alto y no diagnosticarla clínicamente.

La Hernia Hiatal tiene una alta incidencia como hallazgo endoscópico y presenta una gran correlación con otras patologías, lo que hace muy vasto su diagnóstico diferencial. Esto junto a lo impreciso de su terapéutica médica y aún quirúrgica, fueron lo que nos indujo a realizar este estudio.

Es aún la Radiografía Baritada y las técnicas especiales el método más empleado para su diagnóstico. Sin embargo estos métodos arrojan resultados no concluyentes en un alto porcentaje de casos y una gran cantidad de falsos negativos. Es así que valiéndonos del uso del ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIO, queremos darle un nuevo enfoque a esta vieja entidad nosológica.

(\*\*\*\*) Jefe Depto. Gastroenterología Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez (HRUJMCB).  
Santiago, R.D.

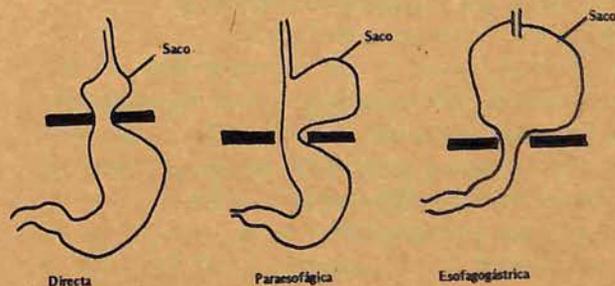
(\*\*\*\*) Jefe Depto. Gastroenterología Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez (HRUJMCB).  
Santiago, R.D.

(\*\*\*) Médico ayudante Depto. Gastroenterología H.R.U.  
J.M.C.B.

(\*\*) Médicos residentes III año medicina interna H.R.U.  
J.M.C.B.

(\*) Médico pasante U.C.M.M.

HERNIA HIATAL



## MATERIALES Y METODOS:

Se realizó una revisión retrospectiva de las endoscopías realizadas en el Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez de los años 1979 al 1983, donde se recopilaron 1,857 endoscopías rutinarias, de las cuales extraíamos los 181 casos que constituirán nuestro universo de estudio.

Se tomaron en cuenta variables como: edad, sexo, número de embarazos, datos generales, datos de historial clínico, síntomas de presentación, patologías asociadas y complicaciones presentadas o asociadas.

Realizamos además estudios de los datos de laboratorio en especial recuento de biometría hemática y coprológico, así como también pruebas de gabinete y estudios radiográficos y endoscópicos realizados, hallazgos electrocardiográficos, radiografías de tórax, serie esofagogastroduodenal, colon baritado y estudios endoscópicos realizados. Se revisaron también los diferentes tipos de tratamiento empleados desde higiénicos dietéticos cura postural, drogas usadas y quirúrgicos en los casos empleados.

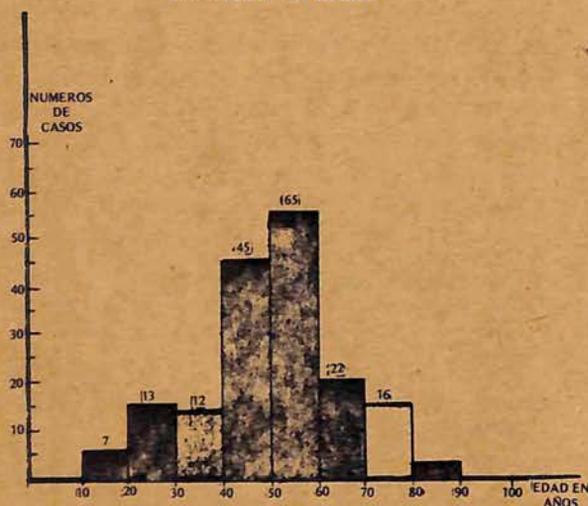
Como se puede observar, se investigaron la mayoría de variables por los diversos investigadores a nivel mundial.

## RESULTADOS:

De las variables analizadas obtuvimos los siguientes datos: En cuanto al sexo, encontramos una incidencia más grande en el sexo femenino, guardando una relación aproximada de 2:1, es decir, 121 casos femeninos por 60 casos de sexo masculino. Dato que concuerda con los revisados en diversas literaturas, a pesar de que no encontramos en ninguna una proporción tan elevada.

Por otro lado en relación a la edad, la edad promedio lo fue 51.7 años con la concentración mayor de casos en la 5ta. y 6ta. década de la vida, lo que concuerda con las teorías expuestas de que la incidencia tiende a aumentar con la edad. Ver figura No. 2.

Figura No. 2  
DISTRIBUCION POR EDADES



Es de notar los casos en edades extremas como 17 y 19 años en los que no se pudo verificar si la etiología correspondía a malformación congénita o adquirida.

En relación a su asociación con multiparidad, se evidenció que de 121 pacientes femeninos, 61 eran multíparas para un 50%, en comparación con un 18% reportado en los trabajos de Ringler y Eneboe. De igual manera, un 18% de los pacientes femeninos tenían más de 10 embarazos como antecedentes y se asoció a las hernias más grandes y con mayor reflujo en nuestros casos; lo que demuestra la gran relación con aumento de presión intrabdominal en la mayoría de los casos.

Por otra parte, en lo relacionado a los síntomas más comunes en los pacientes estudiados, la pirosis con o sin reflujo demostrado resultó la más frecuente con un 95% (171 casos), siguiéndole el dolor abdominal en especial epigástrico en 162 pacientes para un 90%; los demás como regurgitación y vómitos se presentaron en un 30.9% (56 casos); los eructos en un 15.4% (28 pacientes), melena 13.8% (25 pacientes), vértigo, somnolencia y abotagamientos en un 8.2% (11 pacientes), dolor torácico en 3.8% (7 pacientes), disfagia 2.7% (5 pacientes) y disnea en 3.3% (6 pacientes). Ver tabla No. 1.

Tabla No. 1  
SINTOMATOLOGIA MÁS FRECUENTE ASOCIADA

|                                     | No. DE CASOS | %    |
|-------------------------------------|--------------|------|
| Dolor Abdominal                     | 162          | 90   |
| Dolor Torácico                      | 7            | 3.8  |
| Disfagia                            | 5            | 2.7  |
| Eructos                             | 28           | 15.4 |
| Pirosis                             | 171          | 95   |
| Síndrome Anémico                    | 16           | 8.8  |
| Regurgitación y Vómitos             | 56           | 30.9 |
| Hematemesis                         | 21           | 11.6 |
| Melena                              | 25           | 13.8 |
| Vértigo, Somnolencia, Abotagamiento | 15           | 8.2  |
| Constipación                        | 11           | 6    |

Como vimos, en la sintomatología predominaron la pirosis y el dolor abdominal, siendo la hematemesis y melena uno de los síntomas más frecuentes, lo que pudo estar relacionado a la alta incidencia de enfermedades asociadas como úlcera péptica y cirrosis hepática con o sin várices esofágicas.

Por otro lado, en los pacientes con dolor torácico no se encontraron cambios de importancia en el electrocardiograma, aunque sí en uno de ellos alteraciones radiológicas en radiografía de tórax. No pudo ser demostrada por tanto la relación encontrada en algunas series con cuadros de insuficiencia coronaria por estímulo vagal en los casos que presentaban reflujo gastroesofágico demostrable o hernias gigantes.

Las patologías más frecuentes asociadas lo fueron: la cirrosis hepática y/o hipertensión portal manifiesta en un 22% de los casos y la enfermedad ulceropéptica en un 21.5% de los casos, corroborando la frecuente asociación de estas patologías y agravando el pronóstico, así como haciendo más evidente la sintomatología y la rebeldía al tratamiento.

No se encontró con cáncer de esófago, ni con anillo esofágico citado por algunos autores. Un solo caso se encontró asociado a linfosarcoma de intestino.

Tampoco se encontró la tríada de Saint (hernia de hiato, coledocitis, divertículo de colon) y sólo se detectaron 2 casos con coledocitis y hernia de hiato.

Entre las complicaciones, la esofagitis por reflujo resultó más frecuente con un 22% de los casos, siguiéndole el sangrado intestinal alto sin otra patología demostrable en un 3%, a pesar de que tomando en cuenta las otras patologías aunadas a la hernia hiatal aumentó un 13.8% de los casos estudiados, lo que podría explicarse como cita "Bockus" por la hiperacididad asociada de la enfermedad ulceropéptica y la cirrosis hepática, en los casos con sangrado gastrointestinal alto.

Los resultados de laboratorios en nuestros pacientes fueron los siguientes:

El hemograma reveló el hallazgo de anemia (Hb menor de 12 G% y conteo de glóbulos rojos menos de 4 millones  $\text{mm}^3$  en un 25.9% (más alta que la literatura mundial reportada en un 18%). Siendo esta anemia de acuerdo a valores corpusculares microcítica hipocrómica, con un promedio de Hb de todos los pacientes de 9.2 G%. con respecto a 8.5 G%. reportado por otros autores.

En los estudios radiográficos se verificó lo ya conocido de que sólo en un 50% de los pacientes pudo demostrarse la Hernia Hiatal en pacientes sintomáticos, y con el uso de técnicas especiales, pero aún con ese porcentaje, dicho medio diagnóstico permite además establecer el tipo y la magnitud de las Hernias así como ciertas patologías asociadas.

En cuanto a la magnitud de las Hernias, la de 33 cm. resultó ser la más frecuente agrupando 79 casos para un 43%. En orden de frecuencia le siguen la de 34 y 32 cm. respectivamente, asociándose las de mayor magnitud, con un gran reflujo esofagogástrico verificable. No se detectaron Hernias de esófago corto, ni esofagogástrica. Un solo caso reveló diverticulosis en colon por enema realizado.

En cuanto al tratamiento, a pesar de haber investigado las variables concernientes a la terapéutica usado como medidas higiénico dietéticas, cura postural, antiácidos,

metoclopramida y cimetidina, los resultados no fueron de valor ya que no se pudo establecer la eficacia del mismo.

El tratamiento quirúrgico sólo fue empleado en uno de los casos estudiados y fue a causa de cursar con gran reflujo y hemorragia importante, siendo usada la técnica de Allison, sin poder ser demostrada la eficacia de la misma.

## CONCLUSIONES

Se estudiaron 181 casos de hernia hiatal, la cual era de tipo deslizante, directa o en campana, atendiendo a diferentes clasificaciones. Se evidenció la alta frecuencia de la misma constituyendo un 10% de todas las endoscopías realizadas.

Es más frecuente en la 5ta. y 6ta. década de la vida con preponderancia del sexo femenino y de la multiparidad en estas últimas. Es también la cirrosis hepática con o sin hipertensión portal, una patología asociada frecuentemente, permitiéndonos aseverar la importancia del aumento de presión intrabdominal como se había planteado, así como el probable debilitamiento de los músculos y tejidos. Se comprobó además la eficacia de la endoscopía como medio diagnóstico, así como detector de complicaciones y patologías asociadas a corregir, por encima de los estudios radiográficos, los cuales ameritan ser dirigidos y cuentan con las limitaciones del procedimiento como medio diagnóstico.

## RECOMENDACIONES

1. Recomendamos el estudio endoscópico en el diagnóstico, de la hernia hiatal como 1er. paso, debido a su rapidez diagnóstica, relativo bajo costo, asequibilidad y certeza en la detección de complicaciones.
2. Todo paciente sobre todo de sexo femenino en la Edad Media, con factores que aumenten la presión intraabdominal y con sintomatología abdominal y/o torácica sugestiva de Hernia Hiatal debe ser estudiado.
3. Que sirvan estas cifras estadísticas para un estudio más profundo del que se puedan derivar conclusiones fisiológicas y terapéuticas sobre esta patología que recién se comienza a investigar.

## BIBLIOGRAFIA

- Bockus, Henry. Gastroenterología. Editora Salvat, 1980.
- Petersdorf, Branwald. Iselbacher, Harrison's Principles of Internal Medicine. McGraw-Hill, 1980.
- Sleinger, Fordtran. Gastrointestinal Disease. W.B. Saunders, 1978.
- Teres y Rhodes. Gastroenterología Básica. Editora Idepsa. 1982.
- Archivos General y de Endoscopías. Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez.