

Trabajos inéditos del Dr. Donato Depalma.

Obra póstuma que no llegó a publicarse y será ofrecida por nuestra revista en sucesivos artículos como recuerdo a su destacado historiador.

Hernia hiatal

Aunque la hernia diafragmática fue primeramente descrita en 1580 por Ambrosio Paré, cirujano-barbero del Renacimiento, fue recién durante la tercera década del siglo XX que se reconoció la importancia del reflujo gastro-esofágico asociado con hernia hiatal.

Las publicaciones de Paré –primer cirujano del rey y valet de cámara de Carlos IX– constituyen su principal legado, y sus “*Dix livres du la chirurgie*”, publicados en rápida sucesión: 1568-1571, 1573 y 1575, condensan una certera y sesuda experiencia en uno de cuyos capítulos recuerda el hallazgo de una hernia diafragmática secuela de etiología traumática.

Riverius señaló en 1689 el origen de las hernias hiatales y Morgagni en 1679 publicó su recordada monografía sobre soluciones de continuidad en el “*septum transversum*”, antigua denominación del diafragma.

En 1824 el anatomista Cooper analiza sus indicaciones quirúrgicas y en 1836 Bright describe los síntomas de un paciente con esófago corto. Considerando su origen congénito lo denomina “estómago parcial torácico”. En 1856, Bowdicht revisa las publicaciones de sus ochenta y ocho hernias diafragmáticas–incluidas las hiatales– y en 1884 Postempski presentará una reparación exitosa del diafragma por abordaje transtorácico. Un año más tarde en la clínica de este mismo autor, se estudiarán otros seis pacientes, casuística que moverá a Harrington, Kirklin, Hedbloom y otros a investigar las condiciones anatómicas del músculo diafragmático, así como sus implicaciones en el desarrollo de las hernias. Por entonces la cirugía se limitaba al retorno del estómago a la cavidad abdominal.

En 1889 G. Nauman presentó una notable monografía con el título “*Diaphragmatic Hernia. Laparotomi*” y en años sucesivos merced al descubrimiento de los rayos X las comunicaciones sobre tipos de hernia, se multiplicaron.

En 1909 Beckman relata los resultados quirúrgicos obtenidos por W. Mayo en tres pacientes con hernias hiatales, a los que después de su reducción se les efectuó una gastropexia a la pared abdominal anterior. De esta manera la reducción herniaria y la reconstrucción del orificio esofágico comenzarán a difundirse, de suerte que en 1919 Soresi publicará su experiencia con técnica original.

Al transcurrir 1928 Harrington reúne en otra estadística treinta y seis intervenciones, cuatro de los cuales correspondían a hernias hiatales; dichos pacientes habían sido operados por vía abdominal, habiéndose efectuado además del reintegro visceral, el cierre del foramen esofágico y frenicectomía izquierda.

En 1935, Winklestein es el primero en llamar la atención sobre la esofagitis péptica secundaria a reflujo. Coincidentemente, los cirujanos propenden a difundir la técnica de Harrington, quien hacia 1938 había intervenido 123 pacientes. Este prestigioso operador demostró asimismo que la mitad de los pacientes laparotomizados por causas diversas, mostraban hernia hiatal asintomática y argüía que solamente cuando el reflujo esofágico era evidente, la hernia se volvía sintomática.

A partir de 1940, el desarrollo de esta cirugía cobra renovado vigor debido a los trabajos originales de Allison, quien en 1943 sostiene que el esófago corto no es necesariamente congénito como se pensaba hasta entonces, sino que por el contrario, en la gran mayoría de los casos es el resultado de la retracción fibrosa consecutiva a la esofagitis por reflujo, cuya curación se alcanza por la reparación herniaria y por la ubicación infra-diafragmática del cardias. Expresamos que si bien la esofagitis por reflujo se conocía desde 1879, por los trabajos de Quinke, fueron Harrington y Allison los grandes pioneros de esta cirugía que reaccionaron contra la difundida idea del esófago corto congénito o estómago

parcialmente torácico. Allison señaló además la relación entre las hernias y las esofagitis por regurgitación y consideró que con la plástica anatómica del hiato y de la región esofágica-cardio-tuberositaria, quedarían resueltos los síntomas que padecían los enfermos.

Aunque ahora conocemos la importancia del esfínter esofágico inferior en la prevención del reflujo y de las hernias hiales sin reflujo, porque el esfínter es competente —así como paradójicamente se presentan pacientes con reflujo por complacencia esfinteriana—, es evidente que las reformulaciones planteadas, han dejado sólidos fundamentos fisiopatológicos y constituyeron una importante etapa en el desarrollo histórico de esta cirugía. Tan acertadas serían estas conclusiones que Winklestein en 1935, fue el primero en llamar la atención sobre la esofagitis péptica secundaria al reflujo. Este autor fue seguido en 1947 por Bernstein y más recientemente por otros investigadores.

Recordemos que la hernia hiatal no es una entidad infrecuente. Harrington demostró que la mitad de los pacientes laparotomizados por causas diversas, mostraban una hernia hiatal asintomática y que solamente cuando el reflujo esofágico se presenta, la hernia hiatal se vuelve sintomática o traduce su rica semiología. La severidad de la esofagitis y la respuesta al tratamiento médico influyen en la toma de decisiones quirúrgicas. En 1949 Kramer e Ingelfinger utilizando modernos equipos, revisaron los trabajos de Kronecker y Meltzer efectuados en 1883, impulsados por las modificaciones fisiológicas que se verificaban en los portadores de esta patología.

Berstein, Bake y otros con nuevos estudios se convertirían en defensores del método quirúrgico a pesar que sus teorías fueran frecuentemente cuestionadas. Ellos sostenían que la correcta reparación del orificio herniario, en pacientes con suficiente longitud esofágica, modificaba las presiones intra-abdominales y evitaba el reflujo.

Los cuatro tipos de estrategia más comúnmente empleados para tratar estas disfunciones fueron los de: R. Belsay, J.R. Collis, L.D. Hil y R. Nissen.

Por ser universalmente reconocida la técnica aplicada por éste último autor desde 1943, recomendamos leer la recensión de su trabajo publicado en 1963 en la revista Ciba, no sin antes mencionar que el profesor Rudolf Nissen fue descollante cirujano y maestro que procedía de la escuela de Saverbruch.

La Clínica Quirúrgica Universitaria de Basilea que este eximio profesor dirigió, gozó de gran renombre merced a la calidad, idoneidad y eficiencia de su claustro profesoral.

Veamos su original aportación:

Hernia del hiato y esofagitis por reflujo

La hernia del hiato esofágico constituye un cuadro cuyas consecuencias clínicas son difíciles de prever. Sin embargo, su forma paraesofágica no presenta dificultades en cuanto a la elección del tratamiento; el peligro a la estrangulación y el obstáculo al paso establecen claramente la indicación quirúrgica, incluso cuando no hay síntomas subjetivos graves. La decisión es más difícil en caso de la hernia por deslizamiento.

El hecho de que dicha hernia sea más frecuente en edades avanzadas y de que en general la imagen radiológica sea muy llamativa, ha llevado a considerarla como la causa de una serie de manifestaciones de las que no es responsable y que pueden ser debidas a espasmos coronarios, miocarditis, ulcus gastroduodenal difícil de demostrar, pancreatitis crónica o inflamación extra o intrahepática de las vías biliares. Sólo cuando se haya descartado con bastante seguridad un trastorno de esos órganos, se podrá considerar a la hernia por deslizamiento como causa de las molestias.

Por otra parte, es bastante frecuente, que una hernia del hiato coexista con otras afecciones intestinales. En el 25% de nuestros casos hemos observado una coledocistitis y es difícil delimitar qué síntomas se deben a cada una de las dos enfermedades.

Durante muchos años la patogenia de los síntomas de hernia hiatal por deslizamiento, ha sido oscura y objeto de discusión. La creciente experiencia de estos últimos años nos ha enseñado que, en caso de hernia por deslizamiento, desempeñaría un papel muy secundario la anteriormente supuesta estrangulación de la porción de estómago situada por dentro de la cavidad torácica, estrangulación cuyo mecanismo es claro cuando se trata de una hernia paraesofágica.

El primer plano viene ocupado por la insuficiencia del esfínter cardial y por su consecuencia, la esofagitis por reflujo. No se presta a confusiones su sintomatología clínica, su intensidad la falta de respuesta al tratamiento medicamentoso y dietético constituyen nuestros criterios para establecer la indicación operatoria.

Nuestra experiencia de la terapéutica quirúrgica de las hernias del hiato, es bastante amplia. La hernioplastia típica (resección del saco herniario y cierre del orificio) nos dio resultados muy desfavorables, tanto clínicos como anatómicos. Hubo recidiva en casi el 50% de los pacientes. Una parte de estos resultados dudosos se debe a que se amplió demasiado la indicación quirúrgica, pero se comprende también por razones mecánicas su frecuencia después de la operación clásica. No se puede cerrar el orificio herniario porque debe quedar sitio suficiente para el esófago a nivel del hiato, ya que de lo contrario se facilita la estenosis esofágica; pero si se deja demasiado espacio, para así evitar la estenosis, se allana el camino a la recidiva.

A consecuencia de ello, se limitó la indicación operatoria y se intentó perfeccionar el método de la hernioplastia. Se consideró la técnica de Allison como la mejor; consiste en extirpar el saco herniario, hendir el diafragma, desplazar el esófago a lo largo de esta hendidura e insertarlo íntimamente a dicho músculo en su nueva posición por medio de puntos. Hemos empleado el método de Allison en gran número de pacientes, pero los resultados a largo plazo han sido tan desalentadores como los del estrechamiento del hiato mediante sutura llevada a cabo por vía abdominal o transtorácica. Los fracasos que se manifiestan por una mayor frecuencia de las esofagitis por reflujo, hacen suponer que vale más evitar cualquier alteración de las relaciones entre cardias, diafragma y estómago.

Partiendo de esas consideraciones, hace 17 años, se tiró fuertemente hacia abajo y se fijó a la pared abdominal anterior el estómago de un enfermo que presentaba una gran hernia paraesofágica estrangulada. El resultado de esta pequeña intervención fue muy bueno y duradero. Desde entonces la gastropexia se ha convertido en nuestro método de elección para el tratamiento de las hernias paraesofágicas. Ante los resultados duraderos obtenidos en estos tipos de hernias, hace 9 años se empezó a emplear la gastropexia para el tratamiento de las hernias por deslizamiento.

Mientras tanto nos fuimos convenciendo de que sólo los síntomas de esofagitis por reflujo justificaban la corrección operatoria de una hernia hiatal por deslizamiento y sustituimos la fijación del estómago por otra intervención, la funduplicación.

El reflujo de jugo gástrico hacia el esófago, además de aparecer en la hernia de hia-

to, tiene una importancia propia y cuanto más se estudia la sintomatología del reflujo, tanto mayor es la frecuencia con que se observa. Cuando no existen lesiones orgánicas manifiestas en estómago, duodeno, páncreas o vesícula biliar, hay que atribuir a una esofagitis por reflujo las manifestaciones de gastritis hiperclorídrica, la irradiación pleural de los dolores retroesternales y la pirosis que aparece sobre todo en decúbito o al inclinarse hacia adelante y que desaparece al erguirse. Y a menudo la esofagitis por reflujo va asociada a afecciones de los órganos mencionados.

El diagnóstico de esofagitis por reflujo es ante todo clínico, gracias a su sintomatología característica. La endoscopia resulta positiva sólo en una parte de los casos; se ve una mucosa aterciopelada, congestiva, roja y ligeramente sangrante, a veces con múltiples erosiones. La mayoría de las veces sólo se observa una mucosa aparentemente normal y un ligero reflujo de jugo gástrico hacia el esófago. Cuando el cuadro clínico no deja lugar a dudas, la esofagoscopia no debe ser considerada como una exploración preoperatoria sistemática; se reservará para los casos en los que la radiología no dé imágenes claras y en los que se sospechen complicaciones orgánicas (neoplasia, ulcus, estenosis).

Los métodos de tratamiento empleados para las gastritis hiperclorhídricas también están indicados en las esofagitis por reflujo, pero no es raro que fracasen. Ciertos pacientes sufren tanto que piden ser operados; sin embargo, las posibilidades eran hasta ahora muy aleatorias. Se han recomendado intervenciones como sección del esófago por encima del cardias con eversión de la mucosa del cabo terminal y su reimplantación en el estómago, pero no se han publicado buenos resultados.

Franke ha dado a conocer recientemente un método para evitar la esofagitis por reflujo tras resección del cardias: invagina el extremo del fundus en el muñón gástrico para obtener así una especie de válvula.

La funduplicación, es decir, la operación que nosotros practicamos actualmente para tratar la incontinencia del cardias y la esofagitis por reflujo, deriva de la experiencia adquirida durante la primera fase de la cirugía radical del esófago.

Es posible que la forma especial de construir el túnel dentro de la pared gástrica sea la causa de que no aparezca la esofagitis por reflujo que complica la simple anastomosis.

Hace siete años (1956) tomamos este

método como modelo para tratar la esofagitis por reflujo: por primera vez a través de una incisión de laparotomía se traccionó el tramo terminal del esófago 6 cm hacia el interior de la cavidad abdominal, se le rodeó con el fundus del estómago y se fijaron las plicaturas anterior y posterior con tres o cuatro puntos a la nueva posición. Para evitar un estrechamiento se había introducido previamente una sonda gástrica de gran calibre en esófago y estómago.

Esta intervención fue un éxito tanto clínico como radiológico, que se apreció inmediatamente y que resultó duradero. Mientras tanto este método se ha empleado en más de 300 casos de nuestra clínica y ha sido adoptado por numerosos cirujanos suizos y extranjeros. Una serie de publicaciones (Weiss, Kaiser; Naef, Hess, Bettex, Mouchet y Barraya) muestra el interés que el método ha despertado.

En la Argentina –según Ricardo Finochietto–, fue su hermano Enrique quien operó la primera hernia hiatal. La publicación fue realizada en 1930, por uno de sus ayudantes y el protocolo quirúrgico nos ilustra acerca del tipo de abordaje empleado –laparotomía mediana– y de las maniobras llevadas a cabo para reducir el estómago herniado. Se comenta el cierre del hiato esofágico y la fijación, mediante puntos, del fundus al diafragma.

En 1932, Casiro y Naveiro comunican los resultados quirúrgicos de varios pacientes con hernias hiales en los que no fue posible su reducción por tener aquellos el esófago corto.

En 1940 del Valle y colaboradores presentaron en la Academia Argentina de Cirugía una comunicación sobre los resultados obtenidos con la técnica de Harrington, en un enfermo con hernia hiatal por deslizamiento. A partir de entonces los trabajos se suceden sin solución de continuidad; Arce publica en 1941 en los *Boletines y Trabajos de la Academia Argentina de Cirugía* su contribución “Hernia del hiato esofágico. Operación”. Pavlovsky y Cornejo Saravia remiten nuevas observaciones. Hacia 1945, Ricardo Finochietto y H. Resano, pensando en el origen congénito del esófago corto, proponen dilataciones cuando ésta se complica con un surget de fascia lata.

A partir de 1945 se enfatiza la conveniencia de efectuar reparaciones anatómicas, fuera por vía abdominal, torácica o tóraco-abdominal, apuntando a corregir las defecciones

hiales. Otros autores insistirán en las ventajas de las pexias anteriores.

En la década del sesenta los cirujanos argentinos alentados por las publicaciones extranjeras, comienzan a practicar procedimientos válvulo-plásticos a pesar de que todavía se mencionan buenos resultados con las intervenciones denominadas balanceadas o completas. Una compulsa retrospectiva de las publicaciones referidas al tema, permite inferir las modificaciones de las tácticas quirúrgicas. Mientras en años precedentes se preconizaron las clásicas reparaciones anatómicas y pexias anteriores, ahora los procedimientos válvulo-plásticos conformarán la técnica de elección.

Así es como Garris y colaboradores en 235 operados comprueban un alto índice de recidivas con las gastropexias, mientras que con la hemifunduplicatura de Dor-Baila aplicada en 103 pacientes registra solamente un 8% de los resultados indeseados. Con el mismo tipo de intervención –hemifunduplicatura anterior– Baila, Durán y Hulskamp, obtienen entre el 85 y el 93% de curaciones. A su vez, Sívori con la operación de Rossetti –funduplicatura en 360° con la cara anterior del fundus– informa que sobre 142 pacientes tuvo éxito en el 95% de los intervenidos.

Como apreciará el lector el método de Nissen parece ser el procedimiento más empleado en nuestro medio, ya que los resultados benéficos se observan entre el 90 y el 98% de sus portadores. A pesar de estas elocuentes estadísticas otros cirujanos prefieren valvuloplastias limitadas a la reconstrucción del ángulo de His, con técnica de Lortat-Jacob o de Santy.

Convengamos en que la diversidad de técnicas empleadas y sus modificaciones, así como la dificultad para obtener seguimientos alejados, con estudios objetivos –endoscópicos, manométricos, phométricos, etc.– impiden, en ocasiones, extraer conclusiones ajustadas. Algunos autores han propuesto, con el objeto de desvirtuar pronósticos optimistas en demasía, efectuar controles por lo menos durante 5 años.

Certificando los buenos resultados con la técnica de Nissen, el doctor E. Carpaneto de Hospital de la Provincia de Buenos Aires “Alejandro Posadas”, posee una casuística de 22 niños intervenidos cuyas edades oscilaron entre los 45 días y los 12 años. En minuciosa exposición, el autor y colaboradores, exhibieron los signos clínicos, radiológicos, endos-

cópicos, phmétricos y manométricos de los afectados durante el pre y el post-operatorio, concluyendo en que aquella intervención resultó gratamente positiva.

En 1972 los doctores D. Babino, S. Gerber y A. Uribe presentaron un documentado aporte derivado del estudio de 47 pacientes con hernia del hiatus esofágico, entidad que clasificaron en los tres grupos clásicos:

- Deslizamiento.
- Paraesofágicas o parahiatales.
- Mixtas.

Los autores realizaron la investigación en el Departamento de Cirugía de Tórax del Hospital Privado de Córdoba, subrayando que las edades de los intervenidos oscilaban entre los 4 meses y los 73 años. El informe consigna además que 6 niños fueron intervenidos con tratamientos clásicos y con resultados satisfactorios.

Hacia las postrimerías de 1980 parecía haberse logrado ordenar este confuso y contradictorio capítulo de la patología digestiva, en el cual para una misma enfermedad se han propuesto tan numerosas y heterogéneas variedades de técnicas. Los procedimientos válvulo-plásticos constituyen en la época actual una opción que ofrece mayor garantía para curar los pacientes sintomáticos, ya que refuerzan la acción del esfínter, al conformar una barrera natural del reflujo gastro-esofágico.

Blanco Kühne y Ricardo Casella publicaron en 1985, en la Revista del Hospital de Niños de Buenos Aires, una estadística de 18 pequeños afectados de hernia hiatal, con o sin reflujo, a los que aplicaron la técnica de Nissen con funduplicatura circular. Según los autores esta innovación produjo excelentes resultados en casi todos los niños intervenidos, los que fueron examinados durante un lapso comprendido entre 3 y 7 años.

Los tiempos venideros permitirán confirmar si estos resultados son permanentes o transitorios. Si se dieran estas últimas circunstancias, si surgieran recidivas, los continuadores de esta técnica tendrán que replantear las tácticas empleadas.

Como concluye el doctor Casal en su relato sobre hernia hiatal (1980), "Estamos en los umbrales de una etapa probablemente

decisiva en el conocimiento de los agentes neuro-humorales que gobiernan el tono y funcionamiento del esfínter esofágico inferior, así como el de los mecanismos a través de los cuales la cirugía logra recomponer una función determinada que no puede explicarse por factores mecánicos exclusivamente..."

BIBLIOGRAFÍA

- Allison, P. R. Johnstone, A. C. y Royce, G. B. Short esophagus with simple peptic ulceration I. Thorac Surg. 1943 12; 432.
- Arce. I. Hernia del hiato esofágico. Operación. Bolet. Y Trabajos Academia Argentina de Cirugía 1941,25:1139.
- Babini, D. y col. Hernias hiatales. Nuestra experiencia con tratamiento quirúrgico. Revista Médica de Córdoba. Año LX vol 60. Julio-diciembre 7-XII-72.
- Baffes Thomas. Hernia diafragmática. Cirugía Infantil. Benson y colab. Salvat Edit. Barcelona, 1966.
- Castro M. Hernia diafragmática. Rev.Soc. Médica Argentina,1904,12:651.
- LI Congreso Argentino de Cirugía y XXIV de Cirugía Torácica y Cardiovascular. Relatos. Publicaciones de la Asociación Argentina de Cirugía. Año 1980.
- Finochietto R. y Resano H. Consideraciones sobre el esófago corto congénito. Bol. Acad. Nac. Medicina. pág.397.
- Garriz, R. y colab. Comunicación personal, 1979.
- Harrington, S.W. Diaphragmatic hernia JAMA. 1933,101:987.
- Harrington, S.W. Surgical treatment of 105 cases of diaphragmatic hernia West J. Srurg. Obst y Gyn.1936, 44: 255.
- Niessen, R. Gastropexy as the lone procedure in the surgical repair of hiatus hernia. Am. J. Surg,1956, 56: 389.
- Niessen, R. The treatment of hiatal hernia and esophageal reflux by fundoplication. En hernia de Nyhus L. M. y Harkins H. N. Filadelfia J. B. Lippincott y co Ed. 1969, pág.636.
- Niessen, R. Rosetti M. Markman, I. Cirugía de la hernia diafragmática. Prensa Médica Argentina,1965, 52: 2510.
- Niessen, R. Gastropexy and fundoplication in surgical treatment of hiatal hernia. Am. J. Dis; 1961, 6: 945.
- Niessen, R. Rossetti, M.: Cirugía del cardiac. Symposium CIBA Basel 1963.
- Pattaro, V. Hernia diafragmática por el hiato esofágico. Prensa Médica Argentina,1945, 32: 1228.
- Pattaro, V. Casal M. A. Hernia diafragmática hiatal mixta. Prensa Médica Argentina,1958, 45, 3211.

"El ayer pudiera ser el Hoy, el Aún y el Todavía."

JORGE LUIS BORGES
(1899-1986) Escritor argentino.