

Hernia de hiato paraesofágica

M.^a T. GÓMEZ RODRÍGUEZ, M.^a D. MUGARZA HERNÁNDEZ

Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Chopera I. Alcobendas. Área 5. Madrid.

Semergen 25 (10): 898-899.

Mujer de 70 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial y colecistectomizada. Acude a la consulta por astenia de dos meses de evolución, no asociada a síndrome constitucional. La analítica mostraba una anemia microcítica e hipocrómica con hierro y ferritina bajos. Se solicitó un estudio baritado esófago gastroduodenal (Fig. 1) que reveló la existencia de una gran hernia de hiato. En la endoscopia se observa un patrón de gastritis superficial en antro, así como una úlcera en curvatura menor.

■ Introducción

Las hernias hiatales se producen a través del hiato diafragmático del esófago, protuyéndose una porción más o menos extensa de estómago hacia el tórax. Se trata de la anomalía anatómica más frecuente del tracto digestivo alto. En adultos mayores de 50 años asintomáticos se estima una frecuencia del 10%.

Aparece en todas las edades, con mayor frecuencia en mayores de 40 años, especialmente en mujeres con una proporción de 2:1.

■ Clasificación

Se distinguen las siguientes variedades anatomoclínicas:

1) *Hernia de hiato por deslizamiento o axiales*: representan el 90% de las hernias. El cardias y parte del estómago pasan a través del hiato situándose en el tórax, suelen ir asociadas a incompetencia del esfínter esofágico inferior.

2) *Hernia de hiato paraesofágica* (Fig. 1): son poco frecuentes, representan un 4-5% de las hernias hiatales. Presentan características peculiares que las diferencian de las anteriores: a) El cardias permanece en la posición original. b) El estómago se va herniando progresivamente pudiendo producirse una volvulación gástrica intratorácica. c) Existe un saco herniario en el mediastino posterior por delante del esófago distal. d) Mayor riesgo de complicaciones. e) No suele existir reflujo gastroesofágico.

3) *Hernias de hiato mixtas*: tienen características de las dos anteriores.

■ Clínica

Las hernias por deslizamiento suelen ser asintomáticas, descubriéndose en el estudio de una anemia crónica, o en pacientes con cuadros neumónicos recurrentes en los que se sospecha un mecanismo aspirativo del contenido gástrico. Cuando aparecen manifestaciones clínicas suelen ser secundarias al reflujo: dolor torácico, pirosis, regurgitación.

Las hernias de hiato paraesofágicas suelen ser asintomáticas hasta que se produce una complicación como la incarceration, estrangulación, ulceración, hemorragia, o perforación del estómago herniado. Es frecuente la anemia crónica por pequeñas pérdidas hemáticas de la mucosa gástrica herniada. Algunos pacientes presentan plenitud retroesternal pospandrial, disfagia y disnea.

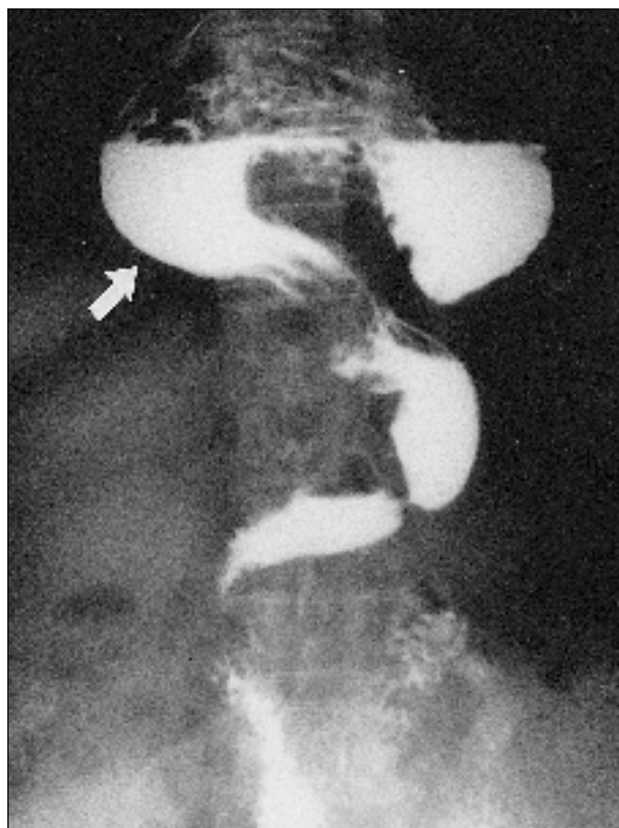


Figura 1. Estudio baritado: hernia de hiato gigante, con estómago volvulado en cavidad torácica y pliegues gástricos engrosados.

■ Diagnóstico

La radiografía simple de tórax posteroanterior y lateral pueden mostrar un aumento de densidad retrocárdico con nivel hidroaéreo en zona superior. El examen con papilla de bario confirma el diagnóstico y muestra la morfología de la hernia, a veces en forma de hongo o vólvulo gástrico (Fig. 1). La ausencia de reflujo del bario y el car-

dias en posición normal son signos a tener en cuenta a la hora de diagnosticar las hernias paraesofágicas.

Ante la imagen de un nivel hidroaéreo retrocárdico debemos plantearnos el diagnóstico diferencial con: absceso mediastínico, tumor necrótico, quiste broncogénico, hernia de Bochdalek, interposición cólica retroesternal quirúrgica, aunque la imagen sea sugestiva de hernia hiatal debe ser confirmada con un estudio baritado.

Correspondencia: M.^a Teresa Gómez Rodríguez. C/ Ruperto Chapí, 59, 2 puerta 8. 28100 Alcobendas (Madrid).