

HERNIAS HIATALES. Conceptos

Dr. Juan Godayol Rovira *

Este trabajo se presentó en la primera Conferencia titulada "Conferencia Joel Valencia-Parparcén", celebrada en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas, en homenaje a uno de los médicos que más ha ensalzado el arte de la medicina en nuestro país. Me siento muy halagado de haber podido dictar esta Primera Conferencia en su honor, ya que es una manera más de expresar mi admiración hacia su persona; escogí este tema expresamente, ya que junto lo trabajamos y mucho discutimos sobre el diagnóstico y tratamiento de las Hernias Hiatales, sé que era uno de sus temas favoritos, al cual dedicó muchos años de estudio con apasionado fervor. Estoy seguro de que estará satisfecho de que continúe su labor y de que haya iniciado "sus" conferencias con este título.

Reciba, donde se encuentre, mi mayor aprecio y admiración.

Caracas, Noviembre 1986

RESUMEN

Las estadísticas con respecto a la problemática de la Hernia Hiatal y su sintomatología varía mucho de acuerdo a los autores y a los procedimientos que se emplean para su diagnóstico. Ya Valencia-Parparcén expresó la siguiente idea: "Cuando un médico piensa que la Hernia Hiatal no tiene importancia no se preocupa en buscarla, ni da valor a la sintomatología que pueda presentar". Para muchos autores las Hernias Hiatales son asintomáticas o presentan escasos síntomas, a menos, que exista una alteración del esfínter esofágico inferior y que presente reflujo esofágico con una correspondiente esofagitis de reflujo. Sin embargo, nosotros creemos que las Hernias Hiatales grado II, tienen todas ellas ya gran parte de la mucosa gástrica por encima del diafragma y por lo tanto tienen una insu-

ficiencia del esfínter esofágico inferior. Estas hernias tienen en mayor o menor grado reflujo y por lo tanto son sintomáticas con graves problemas para el paciente. Creemos que siempre deben diagnosticarse cuando se hace un estudio radiológico adecuado con el paciente en posición de Trendelenburg practicando la maniobra de Valsalva y con presión en el hipocondrio izquierdo en el momento en que se ingiere la papilla baritada; siempre veremos alteraciones de la mucosa y podremos diagnosticar también la Hernia Hiatal mediante la endoscopia, la prueba de Berstein del ácido clorhídrico, mediante la biopsia esofágica, la monometría y actualmente mediante las pruebas nucleares. Consideramos que más de la mitad de los pacientes tienen procesos concomitantes, tales como son los pacientes gastrectomizados, con úlceras duodenales, duodenitis o gastritis.

De acuerdo con Valencia-Parparcén no se puede olvidar el papel que desempeñan la angustia y la depresión y su acción en el segmento esofágico inferior.

Estamos convencidos de que el tratamiento médico es paliativo y de que mejoran ocasionalmente los síntomas ya que estos nunca podrán curar la ausencia del esófago infradiaphragmático, el esófago ancho, la esofagitis, las Hernias Hiatales y el reflujo gastroesofágico. Únicamente la cirugía puede mejorar definitivamente los síntomas del paciente al mejorar y curar la causa.

No olvidemos que hay síntomas asociados a los que producen todas estas alteraciones que pueden estar relacionados con la Hernia Hiatal, tales como las enfermedades asociadas del tubo digestivo: la litiasis biliar, úlceras gastroduodenales, la diverticulosis del colon y por lo tanto somos partidarios de que hay que corregir la problemática del esófago infradiaphragmático mediante la funduplicadura de Nissen que es la que promulgamos. Al mismo tiempo estamos convencidos de que debemos efectuar las intervenciones múltiples cuando existen estos procesos patológicos asociados, ya que de esta manera se solucionarán todos los síntomas que por separado provoquen cada uno de estos procesos patológicos.

Conferencia "Joel Valencia-Parparcén" Dictada el 18 de Noviembre de 1986

* Presidente de la Junta Directiva, Centro Médico de Caracas 1985 - 1987
Cirugía General

Hemos obtenido resultados excelentes con el tratamiento de la funduplicadura y de las intervenciones asociadas tal como lo muestra nuestra experiencia en 220 casos de operación de Nissen efectuadas hasta 1984, con un 0% de mortalidad, cinco días de permanencia en el Hospital y solamente dos recidivas.

ABSTRACT

Statistics regarding the problematic or the Hiatal Hernia and its symptomatology vary according to the different authors and procedures used in diagnosis. Doctor Valencia-Parparcén already said that "When a doctor believes that the Hiatal Hernia is not important, he just does not care about it, and does not give any value to the symptomatology it could offer". To many authors, Hiatal Hernia presents little or no symptoms, unless there is an alteration of the inferior esophageal sphincter or an esophageal reflux with its corresponding esophagitis reflux. However, we think that all grade II Hiatal Hernias have most of gastric mucous membrane above the diaphragm. Hence, they have an insufficiency of the inferior esophageal sphincter. Reflux, in these hernias, is present to a larger or smaller extent, thus they are Hiatal Hernia presents little or no symptoms, unless there is an alteration of the inferior esophageal sphincter or an esophageal reflux with its corresponding esophagitis reflux. However we think that all grade II Hiatal Hernias have most of gastric mucous membrane above the diaphragm. Hence, they have an insufficiency of the inferior esophageal sphincter. Reflux, in these hernias, is present to a larger or smaller extent, thus they are symptomatic and cause very serious problems to the patients. We believe they should always be diagnosed when an adequate X-ray study is being performed, with the patient in the Trendelenburg position, by using the procedure of Valsalva and by making pressure in the left hypochondrium at the moment in which the patient drinks the barium contrast. We will always see alterations of the mucous, but also we can diagnose the Hiatal Hernia by means of the endoscope, the test of Berstein with hydrochloric acid, the esophagic biopsy, the manometry and, at the present time, by means of nuclear tests. We consider that half of the patients, such as those who have undergone gastrectomy, duodenal ulcers, duodenitis and gastritis, have concomitant processes.

According to what Valencia always said, the role played by anguish and depression, with its corresponding action in the inferior esophageal segment, should be remembered.

We are convinced that medical treatment is palliative, and that occasionally it improves the symptoms, for it will never cure the absence of the infradiaphragmatic esophagus, the esophagitis, the Hiatal Hernias and the gastroesophageal reflux. Only surgery can improve definitely the patient's symptoms.

We must remember that there are symptoms associated to those produced by alterations, which could be related to the Hiatal Hernia, such as associated diseases of the alimentary tract: the biliary lithiasis, the gastroduodenal ulcers and the diverticulitis of the colon. Hence, we are

partisans of the correction of the problematic of the infradiaphragmatic esophagus by means of the fundoplication of Nissen. At the same time, we are convinced of practicing multiple operations when we find associated pathologic processes, for in this way all the symptoms caused by them can be definitely solved.

We have obtained excellent results from treatments with fundoplication and associated operations. They are evidenced by our experience in 220 cases of operations of Nissen, carried out till 1984, with a 0% of mortality, five days of stay in the hospital and just two relapses.

I. INTRODUCCION

Debemos recordar como dato curioso e histórico el hecho de que ya en el año 1906, Jamin aconsejaba el aplastamiento del tronco frénico izquierdo para mejorar las molestias provocadas por las malformaciones gastroesofágicas. Con este procedimiento se inmovilizaba el diafragma y se creía que de esta manera se mejoraban los síntomas evitándose intervenciones mayores tales como las Toracotomías o las Laparatomías. Los resultados fueron siempre negativos. Sin embargo este tipo de intervenciones se siguió haciendo hasta mediados del presente siglo, y uno de los promotores fue el Dr. Harrington, quien en 1955 publicó sus resultados sobre tratamientos correspondientes al nervio frénico izquierdo. De esta manera se pretendía dominar el factor espástico del diafragma, del cardias o del esófago. En muchos de estos casos se hacía el aplastamiento del nervio frénico que lo llamaban "Crush"; se terminó finalmente con la sección del mismo denominada Frenisectomía. Ya antes de 1940 Valencia se había dado cuenta de la relación que existía entre las llamadas Hernias Diafragmáticas y la sintomatología que ocasionaba lesiones ulcerosas gastroduodenales, las cuales provocaban síntomas diversos en la región superior del abdomen. El propio Valencia-Parparcén (17) señalaba en su libro que "Había un desconocimiento absoluto a escala universal sobre la problemática del esófago y muy poco se sabía sobre la unión Esofago-gástrica, sobre las Hernias Hiatales y sobre la Esofagitis". No fue sino hasta aproximadamente 1950 cuando se empezó a tratar de visualizar el tercio inferior del esófago, y los alemanes comenzaron a usar el esofagoscopio rígido para visualizar esta zona. Lerche (7) en 1950 publicó el famoso esquema y Kot, ocho años después, habló sobre la motilidad del esófago. Podemos observar que fueron Kramer-Sánchez (10) quienes estudiaron primeramente la fisiología del esófago y lo publicaron en 1962.

Es bueno precisar que en el año 1926, en la Clínica Mayo solamente se habían diagnosticado seis Hernias Hiatales. Es importante recordar que el hiato esofágico se relaja con la edad. Hay que pensar en los defectos congénitos estructurales en los cuales falta el esófago infradiaphragmático y en las lesiones causadas por metaplasia gástrica en zona esofágica que determinan estenosis y esofagitis muy severas. La unión esofago-gástrica ha sido definida comunmente como el paso del epitelio escamoso al epitelio columnar, o sea el punto en

el cual el esófago tubular entra en el estómago. Lerche en 1950 describió el famoso esquema que lleva su nombre señalando que hay un segmento de unos dos o tres centímetros ubicado entre el esófago y el estómago al que le asignó diferencias funcionales y ciertas características anatómicas: está limitado arriba por la ampolla frénica y abajo por la unión esofagogastrica. Esta ampolla frénica fue descubierta en el año 1926 por Templeton, como la porción distal radiológica del esófago. Ackerlund (1) fue el primero que denominó a la Hernia Hiatal como tal y Allison (2) fue en 1951 el primero en descubrir el llamado reflujo esofágico relacionado con las Hernias Hiatales. Palmer (9) en un estudio de mil pacientes con Hernias Hiatales diagnosticó que el 27% de los mismos tenían esofagitis y 22.5% estaban acompañadas de úlceras duodenales. Berstein (5) en 1958 describió su prueba que consiste en poder distinguir el dolor torácico, producido por la esofagitis, de aquellos que podían ser de origen coronario. Para diferenciar la patología existente, usó soluciones de Acido Clorhídrico introducidas en ayunas en el esófago, por medio de un tubo. Las Hernias Hiatales presentan síntomas durante la prueba, mientras que las molestias de origen coronario, no se presentaban, haciéndose de este modo un diagnóstico diferencial. Es importante hacer una diferenciación de la ampolla frénica de una posible Hernia Hiatal ya que ésta primera es una dilatación esofágica en su porción inferior que contiene bario al final de las degluciones; en cambio las Hernias Hiatales se caracterizan por la presencia de mucosa gástrica por encima del diafragma. En el año 1954 Barret (3), haciendo un estudio sobre Hernias Hiatales, encontró en algunas de ellas heteroplasia gástrica en el esófago, o sea islotes de mucosa gástrica en el tercio inferior del esófago. Valencia-Parparcén y cols. (13) en el año 1966, revisaron 1.027 protocolos de exploraciones radiológicas encontrando un 29.5% de lesiones patológicas y un 12% de hiatos relajados, lo que daba entre Hernias Hiatales e hiatos relajados un porcentaje de 41.25%. Nosotros damos mucha importancia al segmento sumergido, o sea al esófago infradiafragmático como veremos más adelante.

Hay autores como Stein (11) que consideran que hay Hernias Hiatales en el 50% de los casos; Valencia-Parparcén opina que la Hernia Hiatal tiene siempre manifestaciones clínicas, mientras que otros como Gitnick consideran que la Hernia Hiatal es asintomática en la inmensa mayoría de los casos y que solamente ocasiona síntomas cuando hay reflujo gastroesofágico. Desde que Allison habló del reflujo gastroesofágico y la esofagitis de reflujo se ha establecido una controversia muy importante entre el grupo de gastroenterólogos norteamericanos que consideran que el reflujo es lo más importante en los síntomas que produce la Hernia Hiatal. Sin embargo, nosotros consideramos que no es la causa más importante para producir síntomas.

Diversos procedimientos se utilizan para el estudio de la Hernia Hiatal como son endoscopia, manometría, pH gástrico y biopsia esofágica.

En el trabajo presentado por Valencia-Parparcén y cols. (13) sobre 1.027 exploraciones radiológicas, encontraron 299 esófagos patológicos diagnosticándose Hernia

Hiatal más hiato relajado en 243 de los casos. El trabajo concluyó diciendo que la Hernia Hiatal es una enfermedad muy frecuente entre hombres y mujeres mayores de 38 años. Ya en 1978 Valencia-Parparcén (16) en el Congreso Panamericano de Gastroenterología, realizado en Río de Janeiro, Brasil, expuso la controversia entre Hernia Hiatal y esofagitis de reflujo concluyéndose que la esofagitis de reflujo, se presenta en la mayoría de los pacientes con Hernias Hiatales. No obstante, puede existir esofagitis sin Hernia Hiatal debido sobre todo a enfermedades coincidentes como son úlceras gastroduodenales, gastritis hipertrófica hipersecretoria, hiperclorhidria, agenesia de esófago inferior, e hiato relajado.

II. El Reflujo Gastroesofágico

Lo encontramos en pacientes que tienen Hernias Hiatales, en aquellos en los cuales el ángulo cardioesofágico se convierte de agudo en obtuso, cuando hay un ensanchamiento del hiato diafragmático que impide el afianzamiento de la unión gastroesofágica y entonces la contracción del ligamento freno esofágico permite más bien abrir que cerrar la luz esofágica. La patogenia de la esofagitis de reflujo gira siempre alrededor de varios factores: uno neurohumoral correspondiente al esfínter esofágico inferior, otro que provoca un factor valvular compuesto por el ángulo de His y un tercero que corresponde al hiato diafragmático por donde pasa el esófago. Para Roberts y Fisher los mecanismos antireflujo gastroesofágicos vienen dados por:

1. El ángulo gastroesofágico
2. El mecanismo de pinzamiento diafragmático
3. La acción del ligamento freno esofágico
4. La roseta de la mucosa formada por los pliegues gástricos
5. A consecuencia de la presión paraesofágica distal
6. A consecuencia de la presión del esfínter esofágico inferior.

Para ellos (Roberts y Fischer) estos mecanismos pueden estar alterados en distintas circunstancias:

- a. Cuando hay una Hernia Hiatal
- b. Cuando hay una esclerosis generalizada (esclerodermias)
- c. Durante la gestación
- d. Durante la postvagotomía
- e. En la acalasia
- f. En las neuropatías, tanto diabéticas como alcohólicas (17).

III. Segmento Sumergido

El segmento sumergido es la porción infradiafragmática del esófago. En los niños recién nacidos no está bien formado. Por ello en el momento de amamantar deben hacerlo en posición erecta, es necesario ayudarlos a expulsar los gases, mediante golpes en la espalda, ya que no presentan segmento sumergido, uno de los elementos que evita el reflujo gástrico hacia el esófago. Sólo des-

pués de los seis meses se forma la porción infradiaphragmática del esófago. En estos niños realmente no se presentan molestias, ya que la cantidad de ácido clorhídrico que contiene el jugo gástrico, es escasa, por cuanto las células gástricas producen muy poco ácido clorhídrico. Valencia-Parparcén (17) y nosotros observamos que alrededor del 20% de los pacientes entre los seis meses y los veinticinco años, tiene una ausencia del segmento infradiaphragmático del esófago, es decir que no tienen segmento sumergido, y aproximadamente un 20% más, presenta un esófago infradiaphragmático corto. Toda esta problemática trae como consecuencia un hiato relajado produciéndose una esofagitis como consecuencia del paso continuo de jugo gástrico hacia el esófago; finalmente se producen lesiones irreversibles formándose las Hernias Hiatales.

IV. Síntomas

Hemos podido observar que hay muchos pacientes que tienen síntomas sin Hernias Hiatales y muchos que tienen Hernias Hiatales asintomáticas, sobre todo cuando éstas son Estadio I. Nuestra experiencia confirma que hay muchos enfermos con síntomas esofagogástricos con la característica de Hernia Hiatal, sin tener propiamente una hernia, pero sí un esófago sin segmento sumergido, un esófago ancho con esofagitis, una ampolla frénica potente o una metaplasia gástrica de esófago. Por lo tanto, queremos insistir que los síntomas son ocasionados no solamente por el hecho de existir o no una H.H., sino que es un conjunto de posibles problemas que hemos visto en esta zona, que asociados a la H.H. son a su vez causantes de una variada sintomatología que si no son solucionados, conjuntamente con el tratamiento de la H.H. no desaparecerán las molestias que estos provoquen, quedando el tratamiento incompleto.

V. Diagnóstico

El diagnóstico de las Hernias Hiatales puede hacerse por distintos procedimientos, siendo el más usual el radiológico, colocando al paciente en posición ventral con mesa en posición de Trendelenburg, maniobra de Valsalva en el momento de la deglución de la papilla baritada. Mediante estas maniobras puede diagnosticarse la gran mayoría de las Hernias Hiatales, aún las más pequeñas, de acuerdo con los criterios de Akerlund, Wolff, Valencia-Parparcén (15).

La deformación de la ampolla frénica, la ausencia de esófago infradiaphragmático y la observación de la mucosa gástrica a través del hiato al tórax permite el diagnóstico preciso.

Para llegar a un diagnóstico adecuado de Hernia Hiatal y posible formación de esofagitis de reflujo debemos guiarnos por los siguientes parámetros:

1. Síntomas y signos
2. Prueba del ácido clorhídrico (Berstein)
3. Radiología con bebidas gaseosas (Wolff)
4. Endoscopia
5. Biopsia esofágica
6. pH esofágico
7. Manometría
8. Medicina Nuclear.

VI. Endoscopia

Mediante la endoscopia, uno de los métodos de diagnóstico de la esofagitis de reflujo y de la Hernia Hiatal, podremos encontrar un reflujo gastroesofágico patente, se puede observar el aspecto de la mucosa gástrica que pierde su color; la roseta de unión esofagogástrica; se pueden apreciar estenosis esofágicas, esofagitis severas, úlceras esofágicas; se contempla la propia hernia al examinar el pliegue gástrico y el cardias; al mismo tiempo, podemos ver várices esofágicas y hemorragias digestivas superiores. Algunos autores consideran que entre el 40 y el 50% de los pacientes con síntomas de esofagitis de reflujo, tiene una hernia visible en la radiografía y hasta el 80% de las Hernias Hiatales presentan signos evidentes en la endoscopia. Un endoscopista abesado podrá perfectamente corroborar los hallazgos radiológicos con la endoscopia y apreciar perfectamente las diferencias entre una Hernia Hiatal grado I y una grado IV, según las distintas alteraciones que se observan en la mucosa gastroesofágica al efectuar la endoscopia, puesto que verá deformaciones de la ampolla frénica, congestión del fundus gástrico, hemorragias, los pliegues del estómago que se prolongan al interior del esófago o puede evidenciar el reflujo gástrico, alteraciones en las ondas antiperistálticas y básicamente observará el prolapso de la mucosa del estómago al esófago formándose una roseta prominente que evidencia el prolapso de la mucosa gástrica al esófago. Todo esto se diferenciará perfectamente ya que la mucosa del esófago normal es rosada, parecida a la mucosa bucal.

VII. Prueba de Berstein

Berstein comprobó que la ingestión de una solución de ácido clorhídrico a través de un tubo dentro del esófago determina una sintomatología torácica, primordialmente retroesternal por irritabilidad del esófago a consecuencia de las lesiones existentes en este órgano ocasionadas por la esofagitis. De esta manera, se podrá demostrar que es positiva, si aparecen estos síntomas, es decir si el paciente tiene esofagitis de reflujo, permitiendo el diagnóstico diferencial con las lesiones existentes en las coronarias cuyo dolor retroesternal es provocado por los espasmos de las mismas y no por lesiones existentes en el esófago. Por lo tanto la prueba de Berstein en las coronariopatías es negativa. Esta prueba fue descrita por Berstein en el año 1958 (5).

VIII. pH Esofágico

Se puede medir el pH esofágico valiéndonos de una radiosonda denominada cápsula de Heilderberg. En el estudio puede observarse un pH alcalino del esófago, un pH gástrico basal significativo de aclorhidria y un pH gástrico posthistalog que señala hiperclorhidria (17).

IX. Manometría

Code ya en el año 1955 simplificó el procedimiento para efectuar la manometría en pacientes con patología esofágica. Este proceso consiste en la medición de las presiones en los distintos niveles del órgano, tanto en

reposo como durante la deglución. El tubo usado consiste en la unión de dos o tres catéteres de polietileno con orificios laterales en el extremo distal de cada uno, separados el uno del otro por una distancia que oscila entre uno y cinco centímetros para medir las distintas presiones. Este tubo se pasa por vía oral hasta la cavidad gástrica.

Esto nos permite demostrar que cuando hay una insuficiencia del esfínter esofágico inferior disminuyen las presiones. Así mismo tanto en las estenosis esofágicas, como en la acalasia, existen hiperpresiones. En el esófago distal las presiones normalmente varían entre doce y treinta milímetros de mercurio por arriba del fundus gástrico. Sin embargo, la manometría ha decaído como estudio rutinario; para nosotros no tiene una mayor importancia. Esto ya fue descrito por Bennett (4) quien certificó que las medidas de presión del esfínter esofágico inferior no informan realmente si los pacientes presentan o no síntomas correspondientes al reflujo esofágico; a pesar de los estudios efectuados en Boston en el año 1967 por Hattis, no se han podido demostrar, realmente diferencias de presiones entre los pacientes que tenían síntomas y los que no los presentaban.

X. Tratamiento

Lógicamente el tratamiento va a ser diferente si el paciente tiene Hernia Hiatal, con esofagitis de reflujo o sin ella, o aquellos casos en los cuales hay una esofagitis del reflujo que no tengan Hernias Hiatales.

Cuando la sintomatología es escasa, cuando la esofagitis no es intensa, o cuando la hernia es muy pequeña grado I, es indudable que las recomendaciones conservadoras tales como los buenos hábitos alimenticios, administración de alcalinos y otras drogas como la metoclopramida y la clorpromazina ayudan al paciente eliminando las molestias, la pirosis y la flatulencia. Actualmente se usan los antagonistas de los receptores H-2 como la cimetidina. Cuando las Hernias Hiatales son grandes, sintomáticas y la esofagitis es intensa, además de las medidas conservadoras, estamos convencidos de que es indispensable el tratamiento quirúrgico, el cual consistirá en el cierre del hiato, y en la realización de un procedimiento valvular como es la fundoaplicatura. Nosotros preconizamos el tratamiento propiciado por Nissen en el año 1961 (8). Este primer trabajo lo publicó en Munich y fue claro al concluir que la eliminación del reflujo gastroesofágico constituía el primer objetivo de la intervención quirúrgica y que la insuficiencia del cardias era la responsable de la regurgitación. Nosotros (6) efectuamos de rutina el procedimiento de Nissen en tres fases:

1. El Cierre del hiato esofágico
2. La fundoaplicatura propuesta por Nissen
3. La gastropexia.

Estamos convencidos, como ya hemos dicho, de que las Hernias Hiatales grado I o las Hernias Hiatales con escasos síntomas deben recibir tratamiento médico conservador. Sin embargo, cuando las Hernias Hiatales son del grado II al grado V, con sintomatología incontrolable,

consideramos indispensable la intervención quirúrgica, por cuanto ocasiona pocas molestias postoperatorias, una mortalidad, según nuestra experiencia, nula y elimina las molestias gastroesofágicas en un porcentaje altísimo.

Nissen comenzó sus trabajos del segmento gastroesofágico en el año 1937. Tiene varias publicaciones. El método de la fundoaplicatura, el tratamiento quirúrgico que nosotros preconizamos, fue descrito por Nissen en el año 1960 en Munich, en alemán y fue publicado posteriormente en el año 1961 en el *American Journal of Digestive Diseases*. (6,10:954.61).

Nosotros utilizamos este procedimiento desde hace aproximadamente dieciocho años, como especificamos anteriormente y siguiendo los tres pasos que consideramos indispensables para poder efectuar un tratamiento adecuado. En el preoperatorio inmediato practicamos siempre análisis complementarios que eliminan los riesgos tales como las evaluaciones hematológicas completas, los estudios radiológicos del tórax, la evaluación cardiovascular. Cuando lo consideramos necesario buscamos ayuda del neumólogo para evaluar la capacidad respiratoria del paciente y efectuamos una total exploración radiológica meticulosa y cuidadosa de todos los órganos abdominales por parte del gastroenterólogo, lo cual nos indica si además de la Hernia Hiatal el paciente tiene alguna otra lesión en el tubo digestivo, la cual reparamos simultáneamente con tratamiento quirúrgico de la Hernia Hiatal. Presentamos ya nuestra casuística de 220 casos que fue expuesta en el XVII Congreso Nacional de Cirugía cuyo trabajo obtuvo el Premio "Fundación C.T.M.", (6) y que evaluaba nuestra experiencia de 220 casos de Hernia Hiatal tratados hasta el año 1984. Ya en ese trabajo publicado en la *Revista Venezolana de Cirugía*, Vol. 38 No. 3 (1985), se observa el postoperatorio excelente que presentaban estos pacientes con tratamientos quirúrgicos, se analizó la recidiva de una Hernia Hiatal en un paciente que presentó una crisis asmática en el postoperatorio con accesos de tos, y otro que a la semana de la operación presentó una caída traumática. Sin embargo, el resultado lo consideramos excelente. En la mayoría de los casos la ausencia total de síntomas es lo común. A pesar de ello, sin embargo hemos encontrado que algunos pacientes presentan flatulencia y disfagias que persisten durante aproximadamente dos meses después de la intervención quirúrgica y luego desaparecen en forma definitiva. Normalmente a los veintidós días de la intervención quirúrgica el paciente está ingiriendo dieta libre; como rutina al mes después de la intervención quirúrgica efectuamos una evaluación radiológica de control en todos los pacientes. Algunas veces hemos apreciado una discreta estrechez en la unión esofagogástrica que en algunas oportunidades ha ameritado dilataciones con bujías llegando hasta el calibre 50,54. Todas estas pequeñas estrecheces, que hemos tenido en un número muy pequeño de pacientes, ha cedido plenamente con este procedimiento.

BIBLIOGRAFIA

- 1 AKERLUND, A - Hernia diaphragmatica hiatus oesophagei von anatomischen und rontgenologischen gesichtspunkt *Acta radiol* 6,3, (1926)

- 2 ALLISON, P R - Reflux esophagitis, sliding hiatal hernia, and the anatomy of repair. Surg Gynec Obstet, 92,419 (1951).
- 3 BARRET, N R - Hiatus hernia, a review of controversial points Brit J Surg 42,231 (1954)
- 4 BENNET, J R - Manometria Gut, 14:1, 246 (1973)
- 5 BERSTEIN, LIONEL M M D PhD, - A clinical test for esophagitis gastroenterology, Vol 34, No 5:76 (1953).
- 6 GODAYOL ROVIRA, J - "Operación de Nissen - Experiencia Personal 220 casos Revista Venezolana de Cirugía, Vol 38 No 3 (1985)
- 7 LERCHE, W - The Esophagus and Pharynx in Action Springfield, III : Charles C Thomas (1950)
- 8 NISSEN, R - Gastropexy and "Fundoplication" in Surgical Treatment of Hiatal Hernia American Journal of Digestive Diseases 6,10:954 (1961)
- 9 PALMER, E D - Saint's Triad (hiatus hernia, gallstones and diverticulosis coli): the Problem of Properly Directing Surgical Therapy American Journal of Digestive Diseases, 22, 314 (1955)
- 10 SANCHEZ, G C ; KRAMER, P - Motor Mechanisms of the Esophagus Particularly of its Distal Portion Gastroenterology, 35, 321 (1953)
- 11 STEIN, G N ; FINKELSTEIN, A - "Hiatal Hernia: Roentgen Incidence and Diagnosis" American Journal of Digestive Diseases, 5:77 (1960)
- 12 VALENCIA-PARPARCEN, J ; D'ESCRIVAN, G - La "Hernia Hiatal: su Diagnóstico y Clínica" GEN, Vol XVI, No 4, Abril, Junio (1962)
- 13 VALENCIA-PARPARCEN, J ; D'ESCRIVAN, G - "La hernia hiatal: y las manifestaciones cardiovasculares" GEN, Vol XX, Enero, Marzo, No 3 (1986)
- 14 VALENCIA-PARPARCEN, J ; LECUNA, V ; D'ESCRIVAN, G - "La hernia hiatal: su diagnóstico radiológico" GEN Vol XXIII, Octubre, Diciembre, No 2 (1968)
- 15 VALENCIA-PARPARCEN, JOEL y Cols - "La hernia hiatal: su diagnóstico radiológico" GEN Vol XXIII, No 2: 157 (1968)
- 16 VALENCIA-PARPARCEN, JOEL - "La esofagitis de reflujo" Medicine, Julio, Primera serie, No 1 (1978)
- 17 VALENCIA-PARPARCEN, JOEL - "Hernia hiatal y esofagitis de reflujo" Editorial Baber, S A, Barcelona, España (1985)