



Esofagitis crónica en paciente con hernia hiatal recidivante de 10 años de evolución: a propósito de un caso

Chronic esophagitis in a patient with recurrent hiatal hernia of 10 years of evolution: a case report

Esofagite crônica em paciente com hérnia hiatal recorrente de 10 anos de evolução: a propósito de um caso

Karina Fernanda Viteri-Tigse ^I
karina140613@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-4482-586X>

Roberto Paúl Andrade-Salinas ^{II}
dr.paul_andrade@hotmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-1651-0075>

Correspondencia: karina140613@gmail.com

Ciencias de la Salud
Artículo de Revisión

***Recibido:** 20 de febrero de 2022 ***Aceptado:** 21 de marzo de 2022 * **Publicado:** 04 abril de 2022

- I. Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Medicina, Universidad Técnica de Ambato, Ambato, Ecuador.
- II. Diploma Superior en Desarrollo Local y Salud, Especialista en Cirugía General, Médico, Hospital General Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Ambato, Ecuador.

Resumen

Una hernia hiatal se define como la herniación del contenido intraabdominal a través del hiato esofágico del diafragma. Se reporta con una alta incidencia en los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, su etiología es multifactorial y no tan específica, presentando varias teorías, entre las más importantes por una exposición progresiva y crónica de la mucosa esofago-gástrica al ácido clorhídrico produciendo un acortamiento del esófago y por una debilidad del diafragma crural. Su diagnóstico se basa en la clínica del paciente y estudios complementarios entre ellos destacando la endoscopia digestiva alta, el esofagograma y la manometría esofágica. El tratamiento de elección es cirugía laparoscópica. Se presenta el caso de una paciente femenina de 67 años de edad, con antecedente quirúrgico de una funduplicatura gástrica de Nissen hace 21 años por antecedente de hernia hiatal que ocasionaba reflujo gastroesofágico, que acude a consulta al servicio de Medicina Interna hace 10 años por presentar disfagia para alimentos sólidos, epigastralgia, pirosis y regurgitación. Es valorada por el servicio de Gastroenterología por varias ocasiones indicando terapéutica para sintomatología, sin mejoría del cuadro clínico. Se realiza endoscopia digestiva alta, esofagograma y manometría esofágica de alta resolución, reportando una hernia hiatal grande recidivante y una funduplicatura fallida desarrollando esofagitis crónica severa, con este diagnóstico es valorada por el servicio de Cirugía General para manejo quirúrgico, se realiza hiatoplastia + funduplicatura de Nissen laparoscópica, sin complicaciones, paciente es dada de alta con seguimiento por consulta externa. Acude al control posoperatorio refiriendo mejoría en cuadro clínico. En conclusión, la recidiva de una hernia hiatal es una complicación frecuente después una intervención quirúrgica observándose en el 15%-60% de los casos, va a depender a factores propios del paciente y a la habilidad quirúrgica del cirujano.

Palabras clave: hernia hiatal; recidiva; esofagitis; funduplicatura de Nissen.

Abstract

A hiatal hernia is defined as the herniation of intra-abdominal contents through the esophageal hiatus of the diaphragm. It is reported with a high incidence in patients with gastroesophageal reflux disease, its etiology is multifactorial and not so specific, presenting several theories, among the most important by a progressive and chronic exposure of the esophago-gastric mucosa to hydrochloric acid producing a shortening of the esophagus and by a weakness of the crural diaphragm. Its diagnosis is based on the patient's clinical manifestations and complementary

studies including upper endoscopy, esophagogram and esophageal manometry. The treatment of choice is laparoscopic surgery. We present the case of a 67-year-old female patient, with a surgical history of a Nissen gastric fundoplication 21 years ago due to a history of hiatal hernia that caused gastroesophageal reflux, who consulted the Internal Medicine Department 10 years ago because she presented dysphagia for solid food, epigastralgia, heartburn and regurgitation. She was evaluated by the Gastroenterology service on several occasions indicating therapy for symptoms, without improvement of the clinical picture. Upper gastrointestinal endoscopy, esophagogram and high resolution esophageal manometry were performed, reporting a recurrent large hiatal hernia and a failed fundoplication developing severe chronic esophagitis, with this diagnosis she was evaluated by the General Surgery service for surgical management, hiatoplasty + laparoscopic Nissen fundoplication was performed, without complications, patient was discharged with outpatient follow-up. She attended the postoperative control referring improvement in clinical picture. In conclusion, recurrence of hiatal hernia is a frequent complication after surgery, occurring in 15%-60% of cases, depending on the patient's own factors and the surgeon's surgical skill.

Key words: hiatal hernia; recurrence; esophagitis; Nissen fundoplication.

Resumo

A hérnia de hiato é definida como a herniação do conteúdo intra-abdominal através do hiato esofágico do diafragma. É relatada com alta incidência em pacientes com doença do refluxo gastroesofágico, sua etiologia é multifatorial e não tão específica, apresentando várias teorias, dentre as mais importantes para uma exposição progressiva e crônica da mucosa esofagogástrica ao ácido clorídrico produzindo um encurtamento do esôfago e por uma fraqueza do diafragma femoral. Seu diagnóstico é baseado nos sintomas do paciente e em estudos complementares, dentre eles destacam-se a endoscopia digestiva alta, o esofagograma e a manometria esofágica. O tratamento de escolha é a cirurgia laparoscópica. Apresentamos o caso de uma doente do sexo feminino, 67 anos, com antecedentes cirúrgicos de fundoplicatura gástrica de Nissen há 21 anos por história de hérnia hiatal que provocou refluxo gastroesofágico, que recorreu ao serviço de Medicina Interna há 10 anos por apresentar disfagia para alimentos sólidos, epigastralgia, pirose e regurgitação. É avaliada pelo serviço de Gastroenterologia em diversas ocasiões indicando terapia para os sintomas, sem melhora do quadro clínico. Realizada endoscopia digestiva alta,

esofagograma e manometria esofágica de alta resolução, relatando grande hérnia hiatal recorrente e fundoplicatura malsucedida desenvolvendo esofagite crônica grave. Com este diagnóstico, ela é avaliada pelo serviço de Cirurgia Geral para tratamento cirúrgico. Nissen, sem intercorrências, paciente recebe alta com acompanhamento ambulatorial. Acompanha o controle pós-operatório referindo melhora do quadro clínico. Em conclusão, a recorrência de uma hérnia de hiato é uma complicação frequente após a cirurgia, observada em 15%-60% dos casos, dependendo dos fatores do próprio paciente e da habilidade cirúrgica do cirurgião.

Palavras-chave: hérnia hiatal; recorrência; esofagite; Fundoplicatura de Nissen.

Introducción

La esofagitis por reflujo en el contexto de una hernia hiatal es una enfermedad causada por trastornos anatómicos y funcionales en el área de la unión esofágica-gástrica. Presenta una alta prevalencia, siendo así que en el 90% de los casos de los cambios inflamatorios en el esófago, diagnosticados por examen endoscópico, se combinan con este tipo de hernias. (1)

En el 8-20% de los pacientes, la esofagitis a largo plazo puede provocar complicaciones graves tales como hemorragia oculta por erosiones esofágicas las cuales pueden desarrollar una anemia hemodinámicamente significativa, estenosis esofágica o metaplasia columnar esofágica. Además, se han reportado casos de pacientes que presentaron un síndrome cardíaco y síntomas de complicaciones broncopulmonares. (2)

La esofagitis generada por una hernia hiatal al ser una patología de tipo anatomo-fisiológica la terapia con medicamentos puede no tener éxito, debido a que es imposible corregir los cambios anatómicos y fisiológicos en la unión esofagogástrica, que contribuyen al desarrollo de la acidez estomacal. Los fracasos del tratamiento quirúrgico de tales hernias se asocian principalmente con cambios topográficos y anatómicos significativos en el área de la unión esofágica-gástrica. (2)

El objetivo de este artículo es presentar un caso de una hernia hiatal recidivante como causa de esofagitis crónica.

Caso clínico

Se trata de una paciente femenina de 67 años de edad, con antecedente de bocio nodular e hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina 100 microgramos al día desde hace 12 años, diabetes mellitus tipo II desde hace 15 años en tratamiento con metformina 850 miligramos cada

12 horas, hipertensión arterial desde hace 15 años tratada con losartán 100 miligramos vía oral cada día y clortalidona 50 miligramos vía oral cada día, con antecedentes patológicos familiares de padre, madre y hermanas con diabetes mellitus tipo II, antecedente quirúrgico de colecistectomía hace 15 años, safenectomía izquierda hace 12 años, salpinguectomía hace 39 años, disectomía de hernia discal cervical hace 10 años y funduplicatura gástrica de Nissen hace 21 años por antecedente de hernia hiatal que ocasionaba reflujo gastroesofágico. Acude hace 10 años (2011) a consulta externa del Servicio de Medicina Interna del Hospital General Ambato por presentar disfagia para alimentos sólidos, se realiza esofagograma el cual reporta hernia hiatal y reflujo gastroesofágico, por lo que se interconsulta al servicio de Gastroenterología para la realización de una endoscopia digestiva alta, la cual reporta a la retrovisión hiato abierto, esofagitis grado III, y lesión elevada bajo la línea Z, se indica tratamiento con omeprazol 20 miligramos vía oral cada día y metoclopramida 10 miligramos vía oral cada 12 horas, posterior a lo cual presenta leve mejoría del cuadro clínico.

Después de 4 años (2015) paciente acude nuevamente a consulta de Gastroenterología refiriendo epigastralgia, pirosis y regurgitación, diagnosticando gastritis y duodenitis, indicando tratamiento con malgaldrato + simeticona 10 mililitros cada 8 horas y ranitidina 150 miligramos cada 12 horas, paciente no asiste a control.

Acude nuevamente a consulta del servicio de Gastroenterología 4 años después (2019) por presentar pirosis y sensación de reflujo gastroesofágico, se realiza una endoscopia digestiva alta donde se observa una hernia hiatal grande, esofagitis grado D, a descartar esófago de Barrett y funduplicatura disfuncional. Se realiza manometría esofágica de alta resolución en el Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín, basado en el protocolo de Chicago reportando una relajación normal de la unión esófago-gástrica, contractilidad esofágica inefectiva en el 50% de las degluciones, estudio compatible con motilidad esofágica inefectiva, una hernia hiatal de 4.0 cm, tránsito incompleto de bolo líquido y un esfínter esofágico inferior hipotónico, con este resultado es valorada nuevamente por el servicio de Gastroenterología quien indica interconsulta al servicio de Cirugía General para valoración.

Se decide realizar resolución quirúrgica por un diagnóstico de hernia hiatal recidivada y funduplicatura fallida, la cual produce reflujo gastroesofágico importante y esofagitis severa grado D, realizándose chequeo prequirúrgico con exámenes de laboratorio dentro de los parámetros normales, se indica repetir endoscopia para planificar nueva funduplicatura + hernioplastia hiatal.

En endoscopia digestiva alta se visualiza presencia de un saco herniario intratorácico y a descartar metaplasia en esófago distal, se toman muestras para estudio histopatológico el cual reporta un esófago de Barret con atipia de bajo grado, categoría 3 de la clasificación de Viena.

Se ingresa a la paciente al servicio de Cirugía General para procedimiento quirúrgico, se realiza hiatoplastia + funduplicatura de Nissen laparoscópica bajo anestesia general, se realiza diéresis de 11 mm transumbilical para trocar 1, formación de neumoperitoneo mediante técnica abierta, se procede a la colocación del trocar 2,3,4 y 5 bajo visualización directa, hallándose: 1. Adherencias firmes de epiplón hacia peritoneo parietal, hígado y estómago. 2. Adherencias de hígado hacia estómago y hiato esofágico. 3. Adherencias de estómago y epiplón hacia diafragma izquierdo y bazo. 4. Hiato esofágico dilatado de 4 cm de diámetro. 5. Hernia hiatal por deslizamiento con saco herniario hacia cavidad torácica con contenido de estómago y lipoma herniario. Se realiza liberación de adherencias entre hígado, estómago, epiplón y bazo con armónico, se coloca separador hepático y se identifica pars flácida y apertura de la misma, se realiza la disección del saco herniario y adherencias de estómago hacia hiato hasta localización de pilares diafragmáticos de manera bilateral, se identifica y reduce el estómago deslizado a la cavidad torácica, seguidamente se identifica el esófago y se disecciona la cara posterior del mismo de forma roma y con armónico, se rodea la cara posterior del esófago con pinza Grasper y se coloca cinta de hilera para inmovilización de esófago. La hiatoplastia se realiza con vicryl 0 sutura continua, se secciona los vasos cortos, se pasa fondo de saco por cara posterior de esófago hacia lado derecho para completar funduplicatura tipo Floppy – Nissen. El cierre de funduplicatura se realiza con vicryl 2/0 puntos sueltos, finalmente se realiza control de hemostasia y colocación de drenaje Jackson Pratt a nivel de hiato esofágico y subhepático izquierdo, procedimiento quirúrgico sin ninguna complicación, con sangrado escaso.

En el postquirúrgico paciente con buena tolerancia al dolor y a la dieta, drenaje produce 30 ml de líquido serohemático en las primeras horas. En su segundo día posquirúrgico paciente presenta dolor de leve intensidad a nivel de epigastrio y mesogastrio, drenaje produce 80 ml en 24 horas de líquido serohemático, signos vitales dentro de los parámetros normales. Al tercer día postquirúrgico paciente asintomática, hemodinámicamente estable, presenta buena tolerancia oral, heridas quirúrgicas sin signos de inflamación, drenaje produce 35 ml en 24 horas de líquido serohemático. En el cuarto día postquirúrgico paciente con buena evolución clínica, presenta buena tolerancia al dolor y a la dieta, heridas quirúrgicas sin signos de inflamación, signos vitales dentro

de los parámetros normales por lo que se decide su alta más analgesia y medicación habitual y posterior seguimiento por consulta externa. Paciente acude al control posoperatorio refiere mejoría en cuadro clínico.

Discusión

Una hernia de hiato se refiere a la herniación del contenido intraabdominal a través del hiato esofágico del diafragma. (1) La incidencia de este tipo de hernias se informa en el 15-20% de los pacientes endoscópicos y, según la bibliografía disponible, se detecta en el 50-94% de los pacientes con esofagitis por reflujo (la cual es una enfermedad causada por trastornos anatómicos en el área de la unión esofágica-gástrica). (3) La afección es probablemente más común en mujeres que en hombres. La incidencia aumenta con la edad y un mayor índice de masa corporal (IMC). (3,4)

Las teorías sobre la etiología de la hernia hiatal van desde el acortamiento del esófago causado por una exposición progresiva al ácido, la debilidad en el diafragma crural por al envejecimiento y el aumento prolongado de la presión intraabdominal debido a la obesidad o al levantamiento y esfuerzo crónicos. (5)

La mayoría de los pacientes que presentan una hernia hiatal suelen ser asintomáticos, sin embargo, estas hernias pueden volverse sintomáticas y provocar enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) que se manifiesta a través de regurgitación y pirosis, desarrollar esofagitis y complicaciones como esófago de Barret o un vólvulo gástrico que requiera cirugía de emergencia. (6-8) Otros síntomas menos comunes son la disfagia, epigastralgia y dolor torácico intermitentes e incluso puede llegar a afectar la función cardíaca y respiratoria, generando síntomas como disnea o broncoespasmo. (9)

Convencionalmente, la hernia hiatal solía clasificarse como deslizante o paraesofágica. Actualmente, la clasificación anatómica de estas hernias consta de cuatro tipos: *Tipo I o hernias deslizantes (95% de las hernias de hiato)*: donde la unión gastroesofágica migra por encima del diafragma, el estómago permanece en su alineación longitudinal habitual y el fondo gástrico permanece por debajo de la unión gastroesofágica, se conocen por su frecuente asociación con ERGE y con casos más graves de esofagitis y esófago de Barrett. *Las hernias tipo II o hernias paraesofágicas puras*: una porción del fondo gástrico se hernia a través del hiato diafragmático adyacente al esófago, mientras que la unión gastroesofágica permanece en su posición anatómica normal. *Las hernias tipo III*: son una combinación de tipos I y II, donde tanto el fondo gástrico

como la unión gastroesofágica se hernia a través del hiato. El fondo gástrico está por encima de la unión gastroesofágica. Las *hernias tipo IV*: son hernias en las que está presente una estructura distinta al estómago, como intestino delgado, colon, epiplón, peritoneo o bazo. (7,10,11)

El diagnóstico de esta patología se lo realizará en base a la sospecha clínica, además del apoyo de exámenes complementarios de imagen como son la radiografía de deglución de bario, la esofagogastroduodenoscopia o mediante una manometría esofágica de alta resolución. (12,13)

En cuanto al tratamiento, los pacientes con una hernia de hiato deslizante (tipo I) asintomáticos no requieren ningún tipo de tratamiento, en el caso de los pacientes sintomáticos se debe tratar la enfermedad por reflujo gastroesofágico, a través de un manejo clínico, reservando la reparación quirúrgica para los pacientes refractarios al mismo. El manejo óptimo de pacientes asintomáticos con hernias paraesofágicas es controvertido, algunos expertos recomiendan el tratamiento quirúrgico profiláctico incluso en ausencia de síntomas, sin embargo, la mayoría de los expertos abogan en su contra, ya que el riesgo anual de desarrollar síntomas agudos que requieren cirugía de emergencia es menos del 2%. Por lo que la única indicación definitiva del tratamiento quirúrgico es para los pacientes con una hernia paraesofágica sintomática. (5,10)

El procedimiento estándar quirúrgico actual es la funduplicatura laparoscópica para las hernias deslizantes y paraesofágicas. Por lo general, se realiza una funduplicatura de Nissen (360°) después de la mayoría de las reparaciones de hernia de hiato, a menos que exista una dismotilidad esofágica preexistente, en cuyo caso se prefiere la funduplicatura de Toupet (270 °). (14)

La recidiva de la hernia hiatal después del tratamiento quirúrgico se observa en el 15%-60% de los casos. Suele presentarse asintómicamente o con síntomas atípicos, se relaciona a etiologías propias del paciente y a la destreza y experiencia quirúrgica. El manejo terapéutico es complicado y va a depender de la causa se requerirá un tratamiento clínico o quirúrgico. (15-17)

Conclusiones

La esofagitis producida por una hernia de hiato es una patología que presenta una gran prevalencia en este tipo de hernias, desarrollada principalmente por trastornos anatomofisiológicos en el área de la unión esofágica-gástrica. Se manifiesta de manera asintomática o sintomática dependiendo de la gravedad del daño de la pared esofágica y gástrica, la cual está relacionada con el tipo y tamaño de la hernia.

Su diagnóstico y manejo requiere de una gran sospecha diagnóstica, siendo necesario la realización

de exámenes complementarios en dependencia de su presentación. El estándar de tratamiento de las hernias hiatales es la cirugía laparoscópica siendo una excelente opción que presenta buenos resultados en una gran mayoría de casos. Sin embargo, los datos obtenidos reportan un alto porcentaje en las recidivas por lo que es fundamental conocer esta complicación.

Referencias

1. Kahrilas PJ, Nicholas TJ, Grover S. Hiatus hernia. UpToDate [Internet]. 2021;6. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/hiatus-hernia>
2. Chernousov AF, Khorobrykh T V., Vetshev FP, Osminin S V., Korotkiy VI, Abdulkhakimov NM, et al. Treatment of reflux esophagitis in patients with cardiofundal, subtotal and total hiatal hernias. *Khirurgiya Zhurnal im NI Pirogova*. 2019;(6):41.
3. Prochazka V, Marek F, Kunovský L, Čan V, Dolina J, Kroupa R, et al. Acute complications of hiatal hernias. *Gastroenterol a Hepatol*. 2019;73(3):220–7.
4. Håkanson B, Lundell L, Rouvelas I, Thorell A. The big hiatus hernia - requires a lot of attention and respect. *Lakartidningen* [Internet]. 2018;115:1–5.
5. Siegal SR, Dolan JP, Hunter JG. Modern diagnosis and treatment of hiatal hernias. *Langenbeck's Arch Surg*. 2017;402(8):1145–51.
6. Procházka V, Svatoň R, Marek F, Čan V, Kunovsky L, Bartušek D, et al. Acute hiatal hernias. *Rozhl Chir* [Internet]. 2019;98(5):207–13.
7. Sfara A, Dumitrascu DL. The management of hiatal hernia: an update on diagnosis and treatment. *Med Pharm Reports*. 2019;92(4):321–5.
8. Roman S, Kahrilas PJ. Mechanisms of Barrett's oesophagus (clinical): LOS dysfunction, hiatal hernia, peristaltic defects. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2015;29(1):17–28.
9. Armijo PR, Pagkratis S, Oleynikov D. Predictors of Hiatal Hernia Recurrence after Laparoscopic Anti-Reflux Surgery with Hiatal Hernia Repair: A Prospectively Collected Database Analysis. *Gastroenterology*. 2017;152(5):S1241.
10. Kohn GP, Price RR, DeMeester SR, Zehetner J, Muensterer OJ, Awad Z, et al. Guidelines for the management of hiatal hernia. *Surg Endosc* [Internet]. 2013 Dec;27(12):4409–28.
11. Hyun JJ, Bak YT. Clinical significance of hiatal hernia. *Gut Liver*. 2011;5(3):267–77.
12. Koch O, Köhler G, Antoniou S, Pointner R. Diagnosis and surgical treatment of hiatal hernia. *Zentralblatt für Chir - Zeitschrift für Allg Visz Thorax- und Gefäßchirurgie*

- [Internet]. 2014;139(04):393–8.
13. Weitzendorfer M, Köhler G, Antoniou SA, Pallwein-Prettner L, Manzenreiter L, Schredl P, et al. Preoperative diagnosis of hiatal hernia: barium swallow X-ray, high-resolution manometry, or endoscopy? *Eur Surg - Acta Chir Austriaca*. 2017;49(5):210–7.
 14. Degrandi O, Laurent E, Najah H, Aldajani N, Gronnier C, Collet D. Laparoscopic surgery for recurrent hiatal hernia. *J Laparoendosc Adv Surg Tech*. 2020;30(8):883–6.
 15. Arévalo C, Luna R, Luna-Jaspe C, Bernal F, Borráez Segura B. Hernia hiatal recidivante: la visión del cirujano. Revisión de la literatura. *Rev Colomb Gastroenterol [Internet]*. 2016;30(4):447.
 16. Saad AR, Velanovich V. Anatomic Observation of Recurrent Hiatal Hernia: Recurrence or Disease Progression? *J Am Coll Surg [Internet]*. 2020;230(6):999–1007.
 17. Ellis R, Garwood G, Khanna A, Harmouch M, Miller CC, Banki F. Patient-related risk factors associated with symptomatic recurrence requiring reoperation in laparoscopic hiatal hernia repair. *Surg Open Sci [Internet]*. 2019;1(2):105–10.