

## LA HERNIA DEL HIATO ESOFÁGICO EN LA INFANCIA

Resultados de la operación de Nissen-Boerema  
Comunicación Preliminar.

Profes. ARNULFO JOHOW y MARIO NOE y Dr. GUILLERMO ZIEGLER

Cátedra de Cirugía Infantil y Ortopedia del Prof. Arnulfo Johow.  
Hospital "Roberto del Río", Santiago

Revisando la estadística de nuestro servicio hemos observado:

- 32 hernias del foramen pleuro peritoneal de Bochdaleck.
- 8 hernias del foramen retroesternal de Morgagni.
- 38 hernias hiatales.
- 34 esófagos cortos.
- 23 relajaciones diafragmáticas.
- 2 ausencia del diafragma izquierdo.

---

137 casos de hernias diafragmáticas.

Solucionarle el problema quirúrgico a las hernias del foramen de Bochdaleck y retroesternal ha sido fácil en todos los casos <sup>4</sup>, no así, a la hernia hiatal, en que todos los autores del mundo presentan recidivas <sup>2,5,6,9</sup>.

Englobamos dentro de las hernias del hiato a las paraesofágicas tipo II de Ackerslund, las hernias hiatales con esófago largo tipo III de Ackerslund, las hernias por deslizamiento de Allison <sup>7</sup> y la hernia hiatal ocasionalmente procedente de Harrington <sup>5</sup>. En las 3 primeras las vísceras abdominales se encuentran permanentemente herniadas mientras que en el último caso lo hacen sólo en forma transitoria, ocasionalmente, igual que con las hernias inguinales.

No hablaremos en esta ocasión de las alteraciones funcionales de esta región; la insuficiencia hiatal y la malformación cardiotuberositaria, pues no son de orden quirúrgico <sup>10</sup>.

Todo este conjunto de hernias hiatales tienen la misma solución quirúrgica: 1) la operación sobre el hiato herniario estrechándolo al tamaño del esófago. 2) impedir nuevamente el ascenso del esófago por encima del diafragma. 3) evitar el reflujo por medio de la formación de un ángulo de His y la fijación del gran fondo gástrico al diafragma.

Todas estas hernias hiatales pueden producir secundariamente un esófago corto por una retracción cicatricial producida

por esofagitis péptica o una retracción por irritación vagal.

Este esófago corto adquirido, secundario a una malformación diafragmática, lo diferenciamos del esófago corto congénito. Su diferenciación puede efectuarse exclusivamente durante una intervención quirúrgica. Únicamente en 3 de nuestros protocolos operatorios se encuentra anotado la falta de saco herniario y la existencia de vasos que iban directamente de la aorta a la parte torácica del estómago desprovisto de peritoneo, única demostración de un esófago corto congénito.

Las indicaciones operatorias de una hernia diafragmática hiatal son:

- 1º la gravedad de los vómitos.
- 2º la alteración del estado general.
- 3º los accidentes hemorrágicos y la anemia.
- 4º la formación de una estenosis cardiesofágica de mal pronóstico. Repetiremos las palabras de Boerema <sup>2</sup>: "mientras no exista una estenosis orgánica hay que bajar el estómago al abdomen e impedir su nuevo ascenso".

Esto lo han querido conseguir múltiples autores: Ladd-Gross <sup>4</sup>, Sweet, Allison <sup>7</sup>, Harrington <sup>5</sup>, Duhamel <sup>8,10</sup>, etc., cuyas técnicas hemos usado, lo mismo que una inventada por nosotros. En todas, lo mismo que en la literatura extranjera, hemos tenido porcentaje de recidivas clínicas de vómitos y anemias, en otras únicamente recidivas radiológicas sin sintomatología clínica.

He aquí las estadísticas de recidivas radiológicas y clínicas:

Anderson <sup>2</sup>, 18-33%.

Soutter <sup>2</sup>, 18-40%.

Guy Regout Thomson <sup>2</sup>, 50%.

Boerema <sup>2</sup>, 6% recidivas radiológicas.

Nosotros, 25-50%.

Stewart, Chardack y Alfaro <sup>6</sup> que han realizado el estudio más serio y completo de los fracasos quirúrgicos, llegan a las mismas conclusiones.

Unas técnicas usan la vía abdominal, otras la torácica y otras la vía toracoab-

dominal. El porcentaje de fracasos ha sido el mismo.

Esto se explica pues todas las suturas se practican en tejido muscular de los pilares del diafragma, del hiatus, del esófago y del diafragma mismo; material blando y flácido que cede o es rebanado por el material de sutura. Harrington trató de obviar el inconveniente por medio de fascias aponeuróticas, pero sin resultado.

Para contrarrestar la aspiración torácica respiratoria, presión intraabdominal y la retracción de la musculatura longitudinal del esófago, habría que agregar a las técnicas anteriores una tracción permanente de la curvatura menor. Nissen y Boerema<sup>1</sup> fijan la curvatura menor a gran tensión a la pared abdominal anterior en la parte más alta de la aponeurosis, la cual está fija por los arcos costales y por lo tanto cede muy escasamente. Bajan el estómago tirando de la curvatura menor, previa movilización de la parte inferior del esófago por disección roma. No suturan el esófago al hiato. Suturan los pilares del diafragma según la técnica Allison<sup>7</sup> achicando el hiato. No se preocupan del saco herniario, seccionan el ligamento suspensor del lóbulo izquierdo del hígado, sin volverlo a suturar. Fijan el gran fondo al diafragma y forman un ángulo de His<sup>9</sup>.

Creemos con Nissen<sup>1</sup> que no existe actualmente otro método con mejores resultados anatómicos, radiológicos y clínicos.

Con esta técnica es imposible la recidiva ya que se compensa la aspiración torácica inspiratoria con la mayor tensión muscular producida por la separación de los arcos costales durante la inspiración que aumentan la tracción sobre el estómago. Con esto en cada inspiración acentuamos la acción del lazo de los pilares del hiato (Allison<sup>7</sup>), evitando así el reflujo gastroesofágico. Nos aseguramos además con la formación de un ángulo de His (Gertz<sup>8</sup>) y la sutura del fondo gástrico al diafragma. Es conveniente reducir el tamaño del hiato por suturas para evitar la formación de una hernia paraesofágica.

Aplicando la técnica descrita, hemos operado 4 casos de hernias hiatales, con buenos resultados, ya que no hemos tenido, hasta el momento, ninguna recidiva.

#### RESUMEN

Se analiza la casuística quirúrgica del Hospital "Roberto del Río", dándose a conocer los fracasos y el alto porcentaje de recidivas de los métodos quirúrgicos habituales de tratamiento de una hernia diafragmática hiatal.

Se dan a conocer 4 casos operados con el nuevo método de Nissen-Boerema, que fija la curvatura menor del estómago a tensión a la parte alta de la pared abdominal evitando con esto las recidivas.

#### SUMMARY

#### HERNIA OF THE ESOPHAGEAL HIATUS IN CHILDREN.

An analysis is done of casuistry of the Surgical Department of the "Roberto del Río" Children's Hospital about diaphragmatic hernias. A commentary is made on the high incidence of failures and relapses after surgical treatment in the hernia of the esophageal hiatus.

Four cases of this condition have been operated by Nissen-Boerema's method with good results. This procedure consists in the fixation of the small curvature of the stomach to the high part of the abdominal wall, which avoid relapses.

#### BIBLIOGRAFÍA

- 1.—NISSEN, R. — D. Med. Woch. 81:195, 1956.
- 2.—BOEREMA. — Zbl. Chir. 80:1585, 1955.
- 3.—RIVORALTA. — El vómito en el lactante. Edit. José Yaner. Barcelona, 1950.
- 4.—GROSS. — Pediatric Surgery. Boston, 1954.
- 5.—HARRINGTON. — Surg. Gynec. Obst. 100:227, 1955. Ann. Surg. 122:546, 1945.
- 6.—STEWART, CHERDACK y ALFARO. — Ann. Surg. 141:672, 1955.
- 7.—ALLISON. — Surg. Gynec. Obst. 92:419, 1951.
- 8.—GERTZ, REGOUT y THOMSON. — Thorax. London. 6:316, 1951.
- 9.—DUHAMEL. — Arch. Fr. de Ped. 9:9, 1952.
- 10.—DUHAMEL. — Chirurgie du Nouveau-Né et du Nourrisson - Masson Cie. Paris, 1953.
- 11.—RIVORALTA. — Arch. fr. de Ped. 9:3, 1952.