

Hernia hiatal masiva

Paula León A.^{1,a}, Rodrigo Sánchez M.^{1,b}, Owen Korn B.^{1,c}

Massive hiatal hernia

Objective: To present 2 cases of massive hiatal hernia and review the literature on the subject. **Materials and Methods:** Information is obtained from electronic records of both cases and a review of the literature on classification and management is carried out. **Results:** 2 clinical cases of massive hiatal hernia with different forms of presentation are presented, both with surgical management and good postoperative evolution. **Discussion:** Type IV paraesophageal hiatal hernias usually contain the entire stomach, transverse colon, omentum, sometimes the small intestine and, more rarely, the spleen. In massive hiatal hernia (MHH), the duodenum, bile duct and pancreas are added to the indicated organs. MHH is a rare occurrence and constitutes a surgical challenge. The literature reports just over thirty cases in the last 50 years, not all of which have been operated on. Management must be surgical and early, in order to promptly restore the anatomy and performed by a team with experience in the management of complex hiatal hernias.

Key words: massive hiatal hernia; giant hiatal hernia; jaundice.

Resumen

Objetivo: Presentar 2 casos de hernia hiatal masiva y revisar la literatura sobre el tema. **Materiales y Métodos:** Se obtiene información de ficha electrónica de ambos casos y se realiza revisión de la literatura sobre clasificación y manejo. **Resultados:** Se presentan 2 casos clínicos de hernia hiatal masiva con distintas formas de presentación, ambas con manejo quirúrgico y buena evolución posoperatoria. **Discusión:** Las hernias hiales paraesofágicas tipo IV suelen contener todo el estómago, colon transverso, epiplón, a veces intestino delgado y, más raro, el bazo. En la hernia hiatal masiva (HHM), a los órganos señalados se suman el duodeno, la vía biliar y el páncreas. La HHM es de rara ocurrencia y constituye un desafío quirúrgico. La literatura reporta algo más de una treintena de casos en los últimos 50 años casos, no todos operados. El manejo debe ser quirúrgico y precoz, a fin de restaurar prontamente la anatomía y realizado por un equipo con experiencia en el manejo de hernias hiales complejas.

Palabras clave: hernia hiatal masiva; hernia hiatal gigante; ictericia.

¹Universidad de Chile -
Hospital Clínico Universidad
de Chile.

^a<https://orcid.org/0000-0001-8442-5505>

^b<https://orcid.org/0009-0004-0790-7569>

^c<https://orcid.org/0000-0001-7840-2534>

Recibido el 2024-01-22 y
aceptado para publicación el
2024-03-06

Correspondencia a:

Dr. Owen Korn MD
owenkorn@gmail.com

E-ISSN 2452-4549



Introducción

La hernia hiatal masiva (HHM) suele asociarse a dolor, distensión, pirosis, disfagia y anemia, sin embargo, puede presentarse con ictericia o con signos de pancreatitis ya que, en estos casos, los órganos herniados y ascendidos incluyen el duodeno, la vía biliar y el páncreas. La ictericia obstructiva es secundaria a la torsión que sufre la vía biliar junto al duodeno al ser traccionados en su migración hacia el hiato. El páncreas también puede desplazarse en distinto grado hacia el hiato tanto la cabeza como la cola y ser asintomático o incluso desarrollar una pancreatitis que agrava la condición. A continuación, se presentan 2 casos de hernia hiatal masiva.

Descripción de los casos

Caso 1

Hombre de 51 años, con antecedentes médicos de Ataxia de Friedreich dependiente por sus alteraciones motoras y portador de colelitiasis asintomática. Consulta en Urgencia con historia de 1 mes de evolución de ictericia progresiva, coluria, asociado a vómitos de manera intermitente, dolor abdominal progresivo y baja de peso no cuantificada, no refiere disfagia ni alteraciones del tránsito. Al examen físico destaca leve escoliosis, ictericia marcada de escleras y piel, enflaquecido y dolor a la palpación en hipocondrio derecho. En los exámenes de laboratorio se observa un Hemograma normal, Bilirrubinemia

total 9,15 mg/dl; Bilirrubinemia directa 7,8 mg/dl; Fosfatasa alcalina 784 U/L; GGT 312 U/L; GOT 180 U/L; GPT 80 U/L; Lipasa 19,6 U/L; INR 3,2 PCR 19,7 mg/dl. Se realiza ecotomografía abdominal confirmando colelitiasis, dilatación de la vía biliar intra y extrahepática, con imagen sugerente de litiasis en el conducto cístico. Se realiza una tomografía computada (TC) de abdomen y pelvis que demuestra una gran hernia hiatal (con hiato de 70 mm de diámetro) con ascenso visceral masivo, ocupando el mediastino posterior y parcialmente el mediastino medio, asociado a marcada dilatación de la vía biliar con un punto de cambio de calibre en relación con el trayecto herniado del hilio hepático (Figuras 1 y 2). Se complementa el estudio con una colangio resonancia magnética (CRM), confirmando gran hernia hiatal con ascenso de colédoco, cabeza y cuerpo de páncreas, estómago, intestino delgado y parte del colon, severa dilatación de vía biliar de hasta 16 mm, con estenosis del colédoco distal en relación a gran hernia hiatal, cálculos en el conducto cístico (Figura 3). Una endoscopia no logró avanzar más allá del bulbo duodenal donde se evidenciaba una torsión.

Se decide resolución quirúrgica por vía abierta, encontrando una gran hernia hiatal con anillo de 15 x 15 cm, gran saco herniario que contenía todo el estómago parcialmente volvulado de forma axial, intestino delgado, colon transverso, el extremo del lóbulo izquierdo del hígado, el páncreas ascendido y la vía biliar dilatada y torcida por efecto de la tracción del duodeno, además de colecistitis. Se realiza reducción del contenido herniario, sin gran dificultad y se reseca parcialmente el saco herniario. Se realiza cierre de pilares calibrando el hiato con puntos posteriores y anteriores con sutura no absorbible, sin tensión, sobre tutor esofágico de 36F. Debido a la presencia de tejido diafragmático muscular laxo, se refuerza con malla biosintética absorbible dispuesta en C invertida. Se realiza colecistectomía con exploración de vía biliar transcística sin evidenciar litiasis en colédoco.

La evolución posoperatoria fue satisfactoria con CRM de control que evidenció resolución de hernia hiatal y reducción de la dilatación de la vía biliar, sin segmentos estenóticos ni litiasis (Figura 4). Con buena tolerancia oral a régimen papilla. Es dado de alta a los 15 días posoperatorio.

Es importante señalar que el perfil hepático mostró caída progresiva pero lenta de bilirrubina, pero se mantuvieron en cifras altas las fosfatasas alcalinas y la GGT. Estas se normalizaron después de las 12 semanas. Control a los 6 meses en forma ambulatoria, el paciente se encuentra completamente asintomático.

Caso 2

Mujer de 72 años de edad con antecedentes de enfermedad por reflujo gastroesofágico, colecistectomizada. Paciente refiere historia de larga data de dolor torácico intermitente, reflujo gastroesofágico.

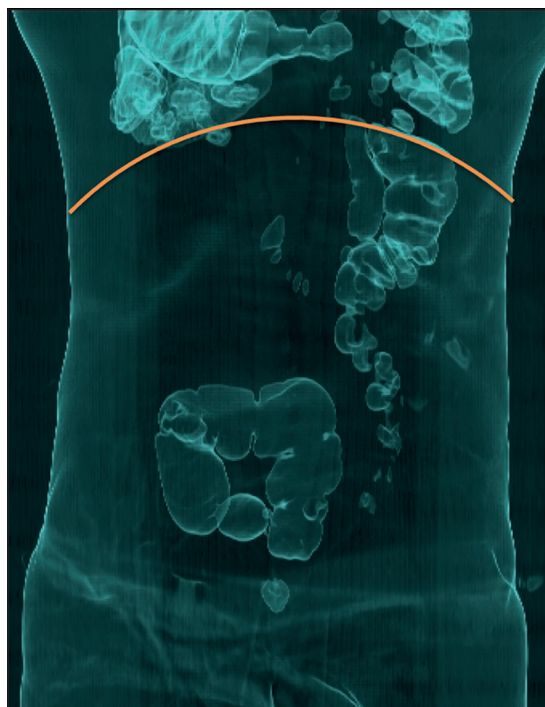


Figura 1. Reconstrucción tomografía axial computada, línea naranja representa diafragma. Se evidencia contenido abdominal en cavidad torácica.

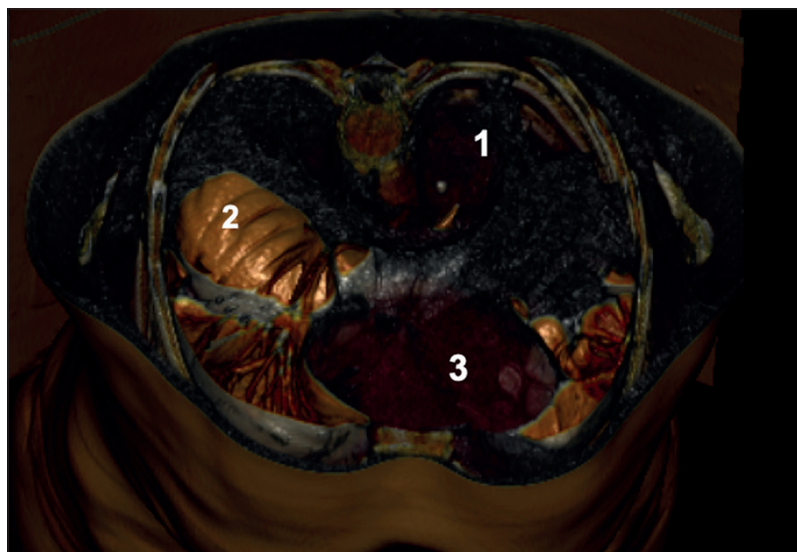


Figura 2. Reconstrucción TC, corte axial. Se evidencia contenido abdominal en cavidad torácica. 1: Estómago intratorácico; 2: Intestino intratorácico; 3: Corazón.

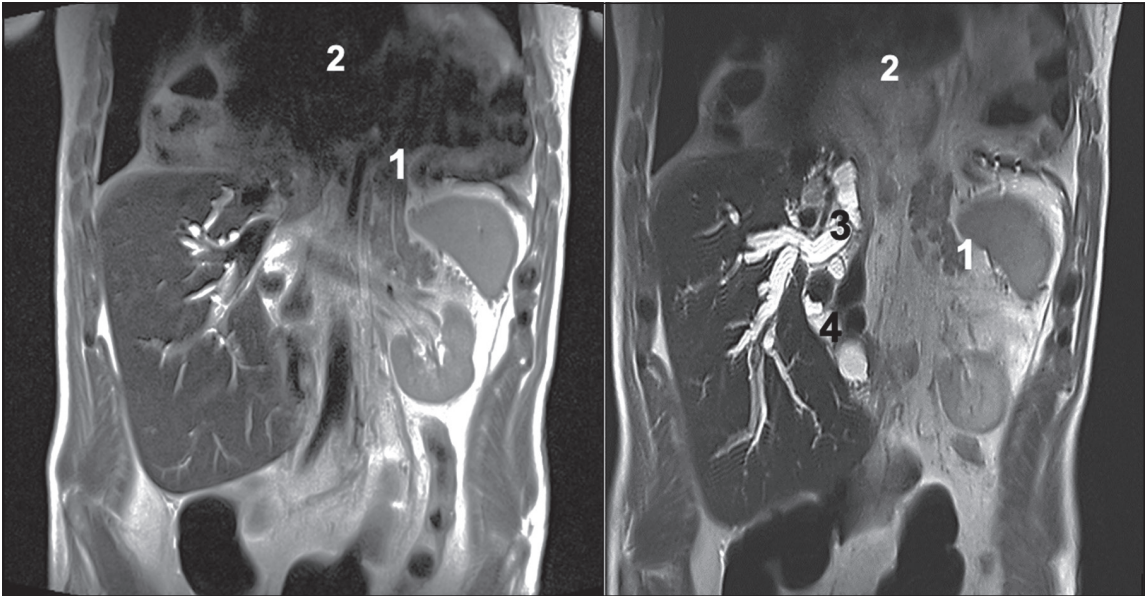


Figura 3. CRM preoperatoria. **1:** Páncreas y conducto de Wirsung ascendidos en situación vertical; **2:** Estómago, colon e intestino delgado ascendidos; **3:** Vía biliar dilatada por obstrucción secundaria a torsión por tracción del duodeno; **4:** Vesícula biliar con cálculo.

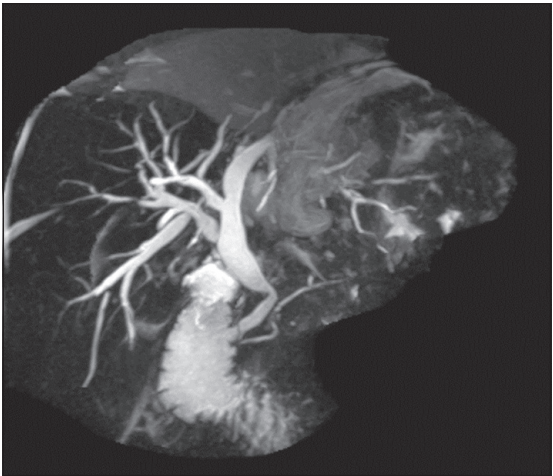


Figura 4. CRM posoperatoria: dilatación de la vía biliar en colédoco suprapancreático, sin imágenes sugerentes de estenosis ni litiasis. Sin signos de hernia hiatal.

fágico y regurgitación en tratamiento crónico con inhibidores de la bomba de protones. Se estudia con endoscopia digestiva alta que informa hernia hiatal grande y gastropatía difusa de aspecto crónico atrófico. La TC de abdomen y pelvis evidencia hernia hiatal gigante con ascenso de estómago, duodeno y parte del páncreas (Figuras 5 y 6). Manometría esofágica: motilidad esofágica normal. Se programa en forma electiva cirugía laparoscópica realizando reducción completa de componentes de hernia hiatal, resección del saco herniario, hiatoplastia con sutura no reabsorbible,

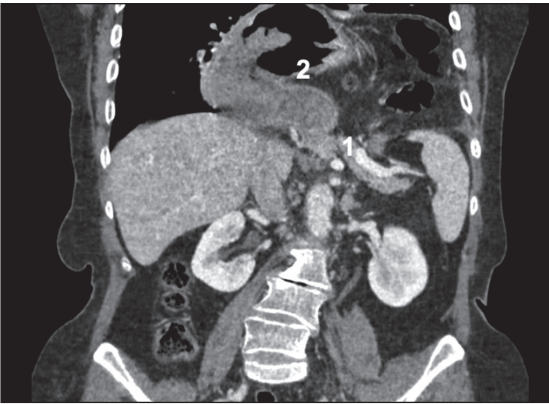


Figura 5. TC preoperatoria. **1:** Páncreas ascendido en hiato; **2:** Estómago y duodeno ascendidos.

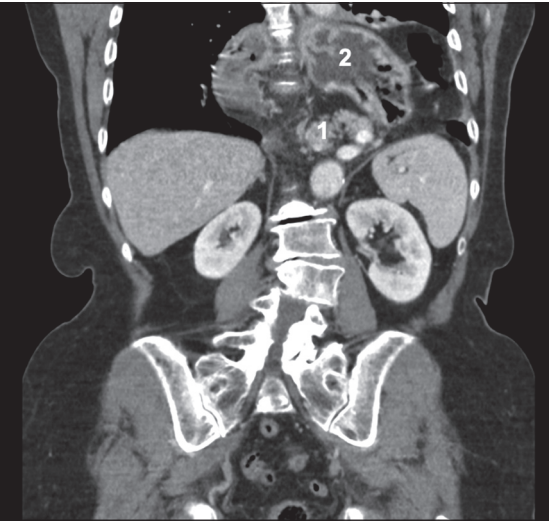


Figura 6. TC preoperatoria. **1:** Cabeza de páncreas; **2:** Cuerpo estómago.

se fija malla biosintética absorbible a la crura y se agrega funduplicatura de Nissen a procedimiento. La paciente presenta buena evolución posoperatoria con remisión de los síntomas y adecuada tolerancia oral, siendo dada de alta a los 2 días posoperatorios. En controles ambulatorios presenta buena evolución.

Discusión

Una hernia hiatal es la protrusión de un órgano abdominal (contenido herniario) a través del hiato esofágico (anillo herniario), envuelto en un saco peritoneal. Es una patología de prevalencia en alza, dado el envejecimiento de la población por el aumento en la expectativa de vida. Pequeñas hernias hiatales suelen ser asintomáticas, pero en caso de hernias de mayor tamaño, en particular las paraesofágicas, se pueden presentar síntomas como dolor torácico, dolor epigástrico, náuseas, disfagia, anemia, regurgitación, tos y disnea¹. Dentro de sus causas se encuentran aumento crónico de la presión intrabdominal, atrofia o debilidad de los pilares diafragmáticos y laxitud de la membrana freno-esofágica, la dilatación del cardias asociada al reflujo, o la combinación de factores².

Las hernias hiatales se clasifican en 4 tipos: tipo I o por deslizamiento, tipo II paraesofágica, tipo III mixtas y tipo IV (con herniación de otros órganos). Las tipo I son las más frecuentes (más de un 90%) y las tipo IV son las menos frecuentes destacando por un defecto herniario de gran tamaño. Dentro de este último tipo, en los últimos 50 años se han reportado en la literatura cerca de una treintena de casos en donde dentro del contenido herniado se encuentra duodeno, vía biliar y el páncreas, lo que le da la denominación de masiva^{3,4}.

La herniación parcial o completa del páncreas es muy rara ya que el páncreas es un órgano fijo al retroperitoneo, pero se cree que cuando se hernia el colon transversal se elonga su mesocolon relajando la fascia posterior del páncreas permitiendo la migración de parte o todo el páncreas al mediastino⁵. Al migrar el páncreas y el estómago se gira el duodeno con la consecuente dilatación de la vía biliar extrahepática. En estos raros casos los pacientes pueden ser asintomáticos o presentar síntomas como dolor abdominal, alteración de pruebas hepáticas, ictericia y elevación de enzimas pancreáticas incluso pancreatitis^{4,6}.

Hay autores que clasifican las hernias hiatales masivas según el contenido pancreático en 3 tipos: tipo I asintomática (sin clínica ni alteraciones de

laboratorio), tipo II con colestasia (ictericia con laboratorio compatible, con dilatación de vía biliar) y tipo III con pancreatitis del páncreas herniado⁴. En nuestros casos, el primer paciente se presentó como HHM tipo II, con colestasia, con alteraciones de laboratorio y dilatación de vía biliar y el segundo caso como tipo I, sin alteraciones de laboratorio y la inclusión del complejo duodeno pancreático en la hernia sólo se evidenció en el estudio de imágenes preoperatorio.

Las HHM deberían ser manejadas por un equipo con experiencia y se recomienda su resolución quirúrgica pronta y en forma electiva para así disminuir la morbilidad asociada a la reparación de urgencia, con órganos volvulados y/o isquémicos dentro del anillo herniario. Para su resolución es importante considerar los pasos fundamentales para la reparación de una hernia hiatal: reducción del contenido herniado incluyendo el esófago distal a la cavidad abdominal, resección del saco herniario, reparación de la crura diafragmática y funduplicatura total o parcial⁷. El uso de malla como refuerzo de la crura diafragmática aun es controversial debido a la variabilidad de los índices de recurrencia publicados, sin embargo de usarse, las mallas biosintéticas reabsorbibles son las recomendadas actualmente debido al bajo índice de complicaciones reportadas⁸.

Conclusión

Hernias hiatales masivas con múltiples órganos ascendidos al mediastino, incluyendo vía biliar, duodeno y páncreas son raras, con escasos reportes en la literatura. El manejo debe ser quirúrgico y precoz, a fin de restaurar prontamente la anatomía y ser realizado por un equipo con experiencia en el manejo de hernias hiatales complejas.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que en este manuscrito no se han realizado experimentos en seres humanos ni animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación: Ninguna.

Conflictos de interés: Ninguno.

Rol

Paula León: Investigación, metodología, redacción borrador original.

Rodrigo Sánchez: Recolección de datos, metodología.

Owen Korn: Conceptualización, supervisión, revisión y edición.

Bibliografía

1. Jäger T, Neureiter D, Nawara C, Dinnewitzer A, Öfner D, Lamadé W. Intrathoracic major duodenal papilla with transhiatal herniation of the pancreas and duodenum: A case report and review of the literature. *World J Gastrointest Surg.* 2013;5(6):202-6.
2. Braghetto I, Korn O, Burdiles P, Debandi A, Valladares H, Brunett L. Hernias hiatales verdaderas: tratamiento quirúrgico por vía laparoscópica. *Rev Chil Cir.* 2002;54(6):628-38.
3. Chan E, Sarkaria I, Luketich J, Levy R. Laparoscopic Approach to Paraesophageal Hernia Repair. *Thorac Surg Clin.* 2019;29(4):395-403.
4. Miyagishima D, Yoshida M, Yamada N, Kinjo K, Fujita N, Suzuki H, et al. Hiatal Hernia with Prolapse of the Pancreas Causing Bile Duct Stricture and Liver Function Disorders: A Case Report and Literature Review. *Intern Med.* 2023;62(10):1473-8.
5. Patel S, Shahzad G, Jawairia M, Subramani K, Viswanathan P, Mustacchia P. Hiatus Hernia: A Rare Cause of Acute Pancreatitis. *Case Rep Med.* 2016;2016:25311925.
6. Tomida H, Hayashi M, Hashimoto S. Massive hiatal hernia involving prolapse of the entire stomach and pancreas resulting in pancreatitis and bile duct dilatation: a case report. *Surg Case Rep.* 2020;6(1):11.
7. Auyang E, Pellegrini C. How I Do It: Laparoscopic Paraesophageal Hernia Repair. *J Gastrointest Surg.* 2012;16(7):1406-11.
8. Lima D, de Figueiredo S, Pereira X, Murillo F, Sreeramoju P, Malcher F, et al. Hiatal hernia repair with biosynthetic mesh reinforcement: a qualitative systematic review. *Surg Endosc.* 2023;37(10):7425-36.