

Cartas al Director

Hernia de hiato mixta gigante con inclusión de colon transverso

Palabras clave: Hernia colónica. Hernia de hiato. Hemorragia digestiva.

Key words: Colonic hernia. Hiatal hernia. Gastrointestinal bleeding.

Sr. Director:

La mayoría de las hernias diafragmáticas se producen por el deslizamiento del estómago a través del hiato esofágico (1). La herniación conjunta del colon es un hallazgo inusual siendo más frecuente en las grandes hernias paraesofágicas y excepcional en las formas por deslizamiento (2). Presentamos un caso de hernia hiatal mixta gigante que incluía una porción de colon transverso dentro del saco herniario.

Mujer de 53 años con antecedentes de asma, hernia de hiato diagnosticada radiológicamente, herniorrafia inguinal y umbilical. En tratamiento con formoterol y alendronato. Acude por cuadro de mareo y deposiciones melénicas, sin otra sintomatología y con exploración física normal. La analítica al ingreso mostraba hemoglobina 10,4 g/dl, hematocrito 31,5% y urea 60 mg/dl. El resto de los valores eran normales. Ante estos hallazgos se realizó gastroscopia urgente que mostró una gran hernia hiatal mixta y un área de compresión extrínseca en cuerpo gástrico, sin encontrar restos hemáticos. Posteriormente, para filiar el origen de la hemorragia, se realizó colonoscopia que sólo halló múltiples divertículos sin datos de hemostasia reciente y que no pudo completarse por intolerancia de la paciente, por lo que se indicó la realización de enema opaco, encontrando herniación de un segmento de colon transverso a través del hiato esofágico junto con diverticulosis, sin otras lesiones identificables (Fig. 1). No se realizó estudio mediante capsulo-

endoscopia por el riesgo de impactación de la cápsula en la hernia colónica. En nueva gastroscopia de revisión no se encontraron otras lesiones mucosas sugestivas de sangrado. Dado que no hubo recidiva hemorrágica y la paciente se encontraba asintomática se decidió alta y tratamiento conservador inicial, realizando reducción herniaria con funduplicatura de Nissen en un segundo tiempo, con buena evolución posterior.

Las hernias hiatales mixtas y paraesofágicas frecuentemente se presentan con manifestaciones abdominales inespecíficas o bien son asintomáticas. El 80% presentan dolor postprandial. También pueden cursar con disnea, como resultado

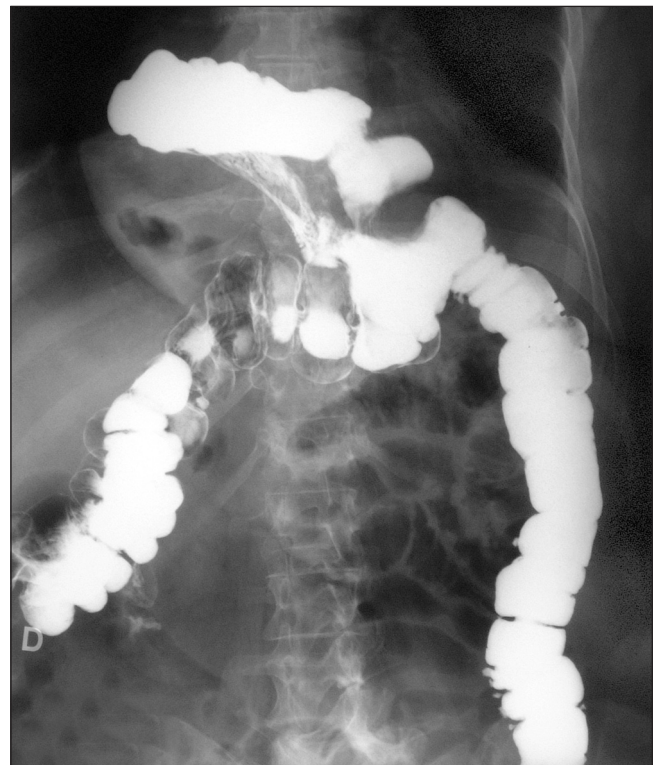


Fig. 1.- Enema opaco: herniación de colon transverso a través del hiato esofágico.

del incremento de la presión intratorácica, neumonía recurrente por aspiración o anemia por lesión de la mucosa gástrica prolapsada. Los síntomas se relacionan con el grado de obstrucción gástrica parcial o completa siendo las complicaciones más serias las derivadas de la volvulación gástrica (3). La alteración de los mecanismos de contención hiatales pueden dar lugar a cuatro tipos de hernias: tipo I (por deslizamiento); tipo II (paraesofágica); tipo III (mixta); y tipo IV (complicada), aquella con un gran saco que permite el paso de otros órganos como colon, bazo, páncreas o intestino delgado (3), como en el caso que describimos. Dado que la frecuencia de complicaciones se cifra en el 25% y que tienden a aumentar de tamaño y nunca regresan, este tipo de hernias tienen indicación quirúrgica. Debido a que la morbimortalidad de la cirugía de urgencia en caso de complicaciones es alta, se recomienda la cirugía electiva en casos sintomáticos (3). Está confirmado que la gastritis de origen mecánico es una de las causas de hemorragia digestiva alta en los pacientes con hernia de hiato. Se sugiere que la fricción y compresión de la mucosa gástrica prolapsada sobre el anillo diafragmático durante los episodios de náuseas y vómitos causarían un traumatismo sobre esta mucosa que resultaría en gastritis, erosiones, úlceras y hemorragia (4). Por otro lado también se han descrito numerosos casos de hemorragia digestiva secundaria a úlceras en la mucosa herniada inducidas por alendronato (5). La mayoría de los pacientes con anemia refractaria al tratamiento médico

pueden beneficiarse de la reparación quirúrgica con funduplicatura, obteniendo excelentes resultados (6).

A. Díaz Sánchez, M. Aldeguer Martínez, A. Ponferrada Díaz, O. Núñez Martínez, G. Borrego Rodríguez e I. Marín Jiménez

*Servicio de Aparato Digestivo.
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

Bibliografía

1. Harford WV, McArthur KE. Diverticula, hernias, volvulus and rupture. En: Sleisenger MH, Fortdran JS, editors. *Enfermedades Gastrointestinales*. Filadelfia: W.B. Saunders; 1993. p. 486-94.
2. Pearson FG, Cooper JD, Ilves R, Tood TRJ, Jamieson WRE. Masive hiatal hernia with incarceration: A report of 53 cases. *Annals of Thoracic Surgery* 1983; 35 (1): 45-51.
3. Benito FG, Carneros JA, Jiménez C, Martínez M, Torres J, De la Torre S. Disnea y anemia en relación con herniación de estómago y ángulo esplénico de colon a través del hiato esofágico. *An Med Interna* 2003; 20 (6): 328-9.
4. Chen YL. Mechanical gastritis as cause of upper gastrointestinal hemorrhage. *Scand J Gastroenterol* 1993; 28 (6): 512-4.
5. Kaye P. Gastric hemorrhage and ulceration in hiatal hernia sac associated with alendronate. *Dig Dis Sci* 1999; 44 (5): 903-4.
6. Trastek VF, Allen MS, Deschamps C, Pairolero PC, Thompson A. Diaphragmatic hernia and associated anemia: response to surgical treatment. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1996; 112 (5): 1340-4.