

# GOBIERNO FEDERAL



**SALUD**

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

**SEDENA**

**SEMAR**

## DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HERNIA PARAESOFÁGICA

### Referencia rápida

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: SSA-452-11

CONSEJO DE  
SALUBRIDAD GENERAL



**DIF**  
SISTEMA NACIONAL  
PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

CIE-10: K44 Hernia diafragmática

**GPC: Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la hernia paraesofágica****Catálogo maestro de guías de práctica clínica: SSA-452-11**

## DEFINICIÓN

Las Hernias Hiatales se dividen en cuatro tipos principales, que a continuación se mencionan:

- Tipo I o deslizantes: son las más comunes de las hernias hiatales representando hasta el 95% de las mismas, se caracteriza por la debilidad y elongación de las estructuras frenoesofágicas, que mantienen en localización abdominal la unión gastroesofágica; con la consecuente migración de la misma hacia tórax.
- Tipo II o Paraesofágicas: éstas representan a las hernias paraesofágicas propiamente dichas y se caracterizan por la presencia de un saco herniario que contiene el fundus gástrico y que suele localizarse entre las 12 y 4 hrs del hiato esofágico en su visión abdominal. Ocurren debido a la debilidad de la membrana pleuroperitoneal lo que permite que la pared anterior del estomago se hernie hacia el espacio virtual que existe entre el esófago y el ligamento frenoesofágico; asociado a la preservación de la unión gastroesofágica en territorio abdominal a diferencia de la tipo I.
- Tipo III o Mixtas: en la que se encuentran características de la tipo I y II y son las más comunes entre aquellas que se catalogan como paraesofágicas.
- Tipo IV o Complejas: se definen como la migración intratorácica de cualquier otro órgano intrabdominal. Se considera la expresión máxima de los defectos II y III asociados a un aumento de la presión intrabdominal.

### Definición operativa:

Hernia Paraesofágica es toda hernia hiatal que cumpla criterios para clasificarse como hernia hiatal tipo II, III o IV

## CUADRO CLÍNICO

La hernia paraesofágica representa el 5 al 10% de todas las hernias hiatales, es más común en género femenino (68%), a una edad mayor al resto de pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico (60.5 años promedio) y la gran mayoría permanecen asintomáticos o con síntomas inespecíficos durante varios años antes de su diagnóstico.

Su espectro clínico es muy amplio e incluye pacientes asintomáticos, con síntomas inespecíficos, síntomas esofágicos o síntomas típicos de reflujo.

La sintomatología asociada a la hernia paraesofágica incluye pirosis en el 87% de los pacientes, regurgitación 72%, dolor torácico posprandial y disfagia 60%. Hasta un 38% de los casos se presenta con saciedad temprana, 15% con dolor torácico, 11% con síndrome anémico.

Los pacientes de edad avanzada pueden tener síntomas tanto por compresión del esófago por el estómago herniado, como por trastornos de motilidad asociados con la edad.

## DIAGNÓSTICO

El diagnóstico requiere de una alta sospecha clínica, en virtud de que la ausencia completa de síntomas o de síntomas típicos de reflujo gastroesofágico no excluye la posibilidad de la existencia de hernia paraesofágica. La serie esófago-gástrica tiene una alta sensibilidad tanto para el diagnóstico inicial como en caso de recurrencia de hernia paraesofágica.

En la endoscopia se pueden encontrar una variedad de hallazgos como esofagitis, estenosis esofágica, deformidad gástrica, imposibilidad para el paso al duodeno o la inaccesibilidad al fondo gástrico, sin embargo la sensibilidad para el diagnóstico es pobre 17%, por lo que no suple al estudio radiológico contrastado.

La manometría preoperatoria ayuda a la detección de trastornos de motilidad esofágica que pueden influir en la elección del tipo de procedimiento quirúrgico antirreflujo.

En el abordaje diagnóstico de la hernia paraesofágica se recomienda incluir estudio radiológico contrastado con bario para confirmar el diagnóstico, endoscopia de tubo digestivo alto para detectar lesiones asociadas a la hernia paraesofágica y manometría esofágica preoperatoria para determinar el tipo de procedimiento quirúrgico a realizar.

## INDICACIÓN DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

A pesar de que la mayoría de los pacientes con hernia paraesofágica permanecen asintomáticos, poseen un riesgo significativo de cursar con complicaciones graves que ponen en peligro su vida, tales como hemorragia, estrangulamiento, volvulus o perforación. Por esta razón, en el pasado se consideró la simple presencia de hernia paraesofágica como una indicación de tratamiento quirúrgico independientemente de los síntomas. Sin embargo, también el riesgo de morbilidad y mortalidad postoperatoria en estos casos es mayor que en el resto de los pacientes operados por enfermedad por reflujo gastroesofágico, por lo que datos recientes sugieren la indicación selectiva del tratamiento quirúrgico.

El manejo de los pacientes asintomáticos puede ser expectante con seguimiento estrecho, mismo que ha demostrado una mortalidad del 5.4% en caso de requerir cirugía de urgencia en este grupo de pacientes, por otro lado solo el 1.16% de los pacientes observados llegan a presentar síntomas que requieran cirugía de urgencia, sin embargo en todos aquellos que se presentan con síntomas moderados a severos la opción quirúrgica es indiscutible.

## INDIVIDUALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Se recomienda referir a un centro especializado de atención para el tratamiento quirúrgico de los pacientes con hernia paraesofágica siempre que no se pueda contar con todos los recursos necesarios para enfrentar los riesgos asociados.

## OPCIONES DE ABORDAJE QUIRURGICO

La cirugía abierta es una opción quirúrgica segura y eficaz para la resolución de la hernia paraesofágica, ya sea con abordaje, torácico, abdominal o toraco-abdominal.

El abordaje quirúrgico laparoscópico en la actualidad es preferido sobre el abierto, en función de los beneficios de la cirugía de invasión mínima, con resultados similares al abierto, reportando evidencia significativa de una menor pérdida sanguínea transoperatoria, menor estancia hospitalaria, menor frecuencia de complicaciones postoperatorias inmediatas o posteriores al egreso hospitalario, reintegración laboral más temprana; sin diferencia significativa en el nivel de satisfacción del paciente, complicaciones transoperatorias o de recurrencia postoperatoria; aunque con un tiempo quirúrgico más prolongado y mayor frecuencia de necesidad de reintervención por recurrencia de hernia paraesofágica con complicaciones o síntomas refractarios a tratamiento médico.

La reparación laparoscópica de la hernia para esofágica es factible aun en pacientes con indicación de cirugía de urgencia, sin embargo la frecuencia de complicaciones graves en estos pacientes es mayor. También es posible realizar de forma segura la cirugía con abordaje laparoscópico en el escenario de reintervención por recurrencia.

## USO DE MALLA

Se ha visto que la recurrencia de la hernia paraesofágica, es mayor en aquellos pacientes con defectos mayores a 5 cm y en tales casos se ha propuesto el uso de mallas de diferentes materiales (polipropileno, politetrafluoroetileno, submucosa de intestino porcino, matriz dérmica humana acelular); a fin de lograr plastias libres de tensión.

La evidencia disponible sugiere que la recidiva es mucho menor cuando se usa malla para la reparación del hiato disminuyendo de 15 a 2.6%, con reportes anecdóticos de erosión.

Dada la evidencia disponible, no es posible aún recomendar la colocación rutinaria de malla en la plastia hiatal para la hernia paraesofágica, cuyo uso debe individualizarse, de acuerdo a la experiencia y criterio del cirujano, sobre todo en aquellos casos en que no se logre un plastia sin tensión y con defectos herniarios mayores de 5cm.

No hay evidencia suficiente para sugerir de forma rutinaria el uso de malla, algún tipo de material protésico sobre otro o alguna técnica de colocación en particular.

## PACIENTES DE ALTO RIESGO QUIRURGICO

Pacientes con comorbilidades que contraindiquen un procedimiento quirúrgico mayor se han reportado casos aislados que se benefician de una reducción laparoscópica del contenido herniario y realización conjunta de dos gastrostomías endoscópicas percutáneas a fin de realizar una pexia gástrica, logrando reducir el tiempo quirúrgico a 61 minutos, con buena evolución y tolerancia eventual de la vía oral en estos pacientes.

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ELECCIÓN

La escisión del saco herniario es segura, fácil de aprender y reproducir, no incrementa los tiempos quirúrgicos, se ha recomendado en la mayoría de los estudios y se ha considerado esencial en la reparación de la hernia paraesofágica a fin de reducir su recurrencia, estimada en 26.9% promedio, con rango de cero a 44%, a un plazo de seguimiento promedio de 16.5 meses. Los factores de riesgo para el desarrollo de recurrencia son: escisión incompleta del saco, falta de movilización esofágica, mal estado de los pilares diafragmáticos y plastia hiatal con tensión que conlleva a la disrupción.

Debe asociarse a la plastia hiatal algún procedimiento antirreflujo ya que hasta el 65% de los pacientes presentan síntomas de reflujo gastroesofágico posterior a la plastia crural sin funduplicatura y hasta un 20% de reflujo residual aún con funduplicatura; además, del 50 al 100% de los pacientes tienen pH metrías pre quirúrgicas anormales, que mejoran significativamente tras la cirugía cuando esta se complementa con un procedimiento antirreflujo, persistiendo anormales menos del 10% de los pacientes postoperados.

Como parte de la técnica quirúrgica de reparación de hernia paraesofágica, se recomienda la escisión del saco, verificar la adecuada movilización esofágica, en su caso realizar un procedimiento de alargamiento esofágico, asegurar la estabilidad de la plastia crural e incluir algún procedimiento anti reflujo asociado a la plastia de hiato, aun en aquellos pacientes previamente asintomáticos, considerando realizar un procedimiento antirreflujo parcial en caso de no contar con estudio manométrico preoperatorio.

## SEGUIMIENTO

La recurrencia postoperatoria, descrita como falla anatómica, es definida como por recurrencia de la hernia paraesofágica en estudios radiológicos contrastados, aun en pacientes asintomáticos. Su frecuencia es variable y llega a ser hasta del 42% en algunas series y faltan estudios a largo plazo para conocer el significado clínico de la recurrencia.

La mayor parte de los pacientes con recurrencia postoperatoria de hernia paraesofágica permanecen asintomáticos o con síntomas leves, al parecer por ser pequeñas y la mayoría estar acompañadas de un procedimiento antirreflujo, por lo que se sugiere el seguimiento postoperatorio a largo plazo con esofagograma o serie esofagogastroduodenal anual.

En pacientes de mayor edad, la recurrencia postoperatoria de hernia paraesofágica, a seis meses de seguimiento, se ha reportado en 23% de los casos, la mayoría corresponden a migración torácica de la funduplicatura, solo el 50% de los cursa con síntomas, la mayoría de los casos sintomáticos se controlan con tratamiento médico y menos del 1% requieren reintervención.

Ante la recurrencia sintomática, sobre todo en pacientes de edad avanzada, se recomienda intentar control sintomático con tratamiento médico y solo en caso de no haber respuesta valorar la reintervención quirúrgica.

Dada la evidencia disponible aun no es posible definir la conducta ante una recidiva anatómica asintomática.

**ALGORITMO 1. HERNIA PARAESOFÁGICA**

