HISTORIA NATURAL DE LAS HERNIAS HIATALES*

Dr. E. ROVIRALTA

El conocimiento de la evolución natural seguida por las malformaciones congénitas con que el recién nacido llega al mundo, ofrece particular interés clínico-práctico, entre otras razones, por cuanto se refiere al asentamiento de las indicaciones terapéuticas correctivas, la eventual cronología de las mismas, los métodos a emplear, la valoración y comparación de resultados logrados mediante ellos, etc.

La historia natural de las hernias hiatales, hasta donde alcancen nuestros conocimientos, no había sido objeto de particular estudio anterior a éste por dos razones: A) Por el gran retraso en qne incomprensiblemente fueron tomadas en consideración como afección, casi diríamos corriente, en el niño, y B) Por cuanto al efectuar su «descubrimiento», hace poco más de 20 años, los cirujanos pediatras, atendiendo las inclinaciones y las tendencias seguidas por los cirujanos de adultos (desde hacía tiempo familiarizados con estos menesteres), aplicaron un criterio intervencionista casi sistemático a sus enfermos, imposibilitando con ello la observación de su porvenir espontáneo.

Un análisis crítico de los resultados obtenidos en nuestras primeras correcciones quirúrgicas de estas hernias, así como también de la comparación con el curso seguido por otros enfermos no intervenidos por razones diversas, nos llevó a reconsiderar el asunto más objetivamente, en el sentido de estudiar las posibilidades de curación de estos enfermos valiéndose de métodos menos agresivos que el de la corrección cruenta. El alcanzar la cesación de los trastornos prestando atención a otras afecciones o factores que indirectamente desencadenaban, mantenían o agravaban la situación en estas afecciones en la edad infantil, constituyó nuestro principal objetivo. Al perseverar, al través de los años, en esta línea de conducta, nos hemos ido adentrando en la personalización de los desplazamientos gástricos en el niño, en el sentido de establecer su «pediatrización» como base principal de su peculiar patología.

En 1959, Carré, de Belfast [1] y en 1960 este autor y Astley [2], publicaron sendos trabajos encaminados al estudio de la historia natural de los pequeños desplazamientos gástricos, esto es, de los llamados por

---

* Comunicación presentada como Académico Corresponsal en la sesión del día 24-XI-1964.

nosotros «ectopias», llegando a aseveraciones de manifiesto valor clínico por cuanto permiten predecir la evolución ulterior (natural history) de un porcentaje elevado de estos enfermos. Carré insistió sobre el particular, a nuestro juicio con gran acierto, al afirmar: «La negligencia del estudio de la evolución natural de estas malformaciones es grandemente responsable de las discrepancias manifestadas en el *pronóstico* y en las *indicaciones terapéuticas* y en los *resultados* de los distintos *tratamientos*». También lo es de *los conceptos básicos* que presiden la patología de estas malformaciones en el niño, nos permitimos añadir nosotros. Con este asentimiento, nos reafirmamos en nuestras impresiones recogidas y manifestadas en múltiples trabajos desde que, hace más de veinte años, hemos venido dedicándonos al estudio de estos procesos.

Según los citados autores, es necesario admitir, en principio, la desaparición radiológica *espontánea* de la imagen gástrica supradiafragmática, en un tercio de los enfermos al correr de los años. Condición que, bajo ningún concepto (según los AA. ya indican), debe de ser interpretada como una curación anatómica real e indiscutible. Añaden el hecho de que la normalidad —radiológica cuando menos— ha sido alcanzada por igual en los enfermos debidamente tratados (incruentamente, se entiende), que en los que no siguieron tratamiento o fue éste insuficiente, circunstancia de gran valor clínico que se hace preciso subrayar. En otro tercio, según Carré y Astley [2] (1960), desaparecieron los trastornos propios del desplazamiento antes de los dos años de edad, si habían sido tratados posturalmente, pero con persistencia, en ellos, del desplazamiento gástrico. A tales fines, consideran como tratamiento postural valorable, el comenzado en el primer trimestre de la vida y mantenido las 24 horas del día por lo menos durante 6 meses.

Aunque no precisan sobre el particular, es indudable que en el tercio restante (el constituido por los enfermos cuyos trastornos persisten después de 2 a 5 años y medio), van involucrados los niños que por sufrir complicaciones pépticas del esófago más o menos cicatrizales, se ha hecho irreversibles bajo el punto de vista anatómico. Considérese que la radiología es en estos enfermos prácticamente el único medio de tener información, si no totalmente fiidedigna, cuando menos aproximada, puesto que de evolución natural se trata.

Como sea que para el estudio de Carré y Astley eligieron niños con el llamado por ellos «estómago parcialmente torácico» con muy escaso desplazamiento («small gastric intrathoracic stomach»), o sea las denominadas por nosotros «ectopias gástricas parciales», creímos de especial interés llevar a cabo una revisión, en igual sentido,

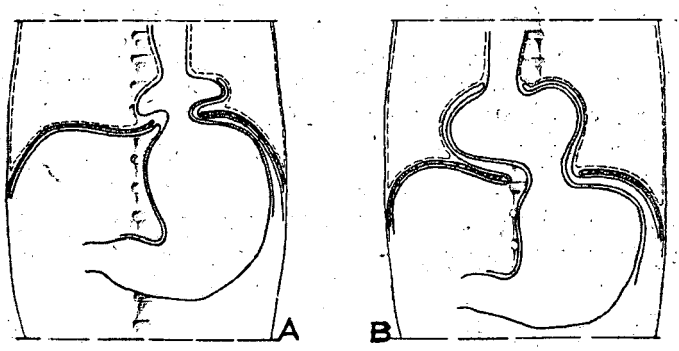


Fig. 1. — Esquema demostrando que en la ectopia (A) existe una zona del fórnix gástrico no peritonizada (bare area). En la hernia verdadera (B), un sector más o menos importante del estómago se halla totalmente envuelto en una bolsa peritoneal (la topografía es convencional).

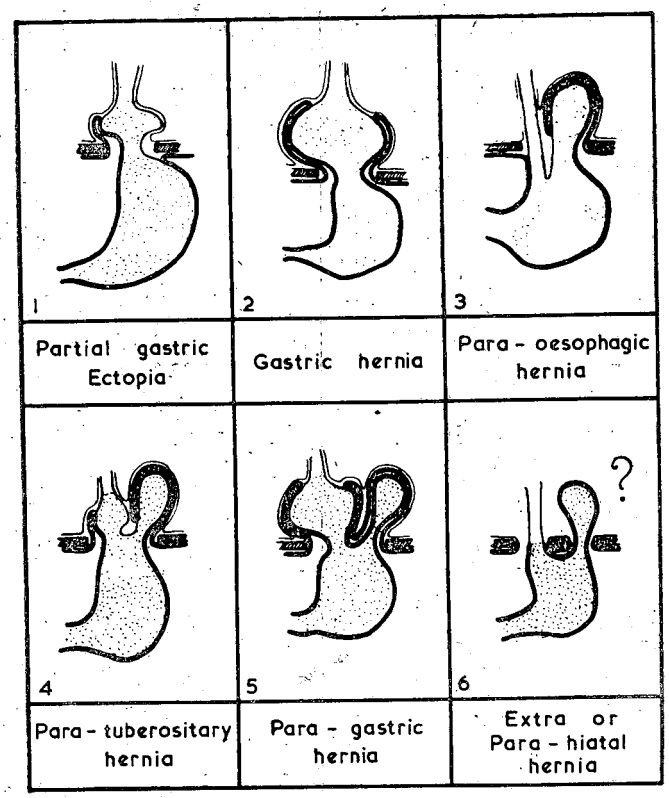


Fig. 2. — Clasificación general de los desplazamientos gástricos del niño. Adviértase que en las hernias el volumen de estómago desplazado es muy variable (desde, aproximadamente, 1/5 a su totalidad) y que su topografía también lo es (derechas, centrales, izquierdas).

de nuestros enfermos afectados de desplazamientos gástricos más importantes, esto es, en las «hernias verdaderas».[3] Recordemos que entendemos como a tales aquellas en que se encuentra un sector del estómago *totalmente incluido dentro* de la bolsa peritoneal y no tan sólo cuando existe un fondo de saco peritoneal que *acompaña* a la tuberosidad gástrica (ectopia, falsa hernia, hernia espúrea, sliding hernia) (figs. 1 y 2).

Incluimos en este estudio desde la modalidad menor de «hernia» hasta los estómagos totalmente torácicos.

Nos proponemos, pues, analizar la evolución de las hernias hiatales, complementando así el estudio realizado por dichos autores en las ectopias, valiéndonos de la ventajosa situación de que, por habernos mantenido desde los primeros enfermos observados en una actitud poco intervencionista, podemos ahora estudiar la evolución natural de un número apreciable de estas malformaciones, por lo general sometidas a corrección cruenta en el mundo entero. Su interés nos parece obvio, ya que sus resultados los consideramos *el único elemento de juicio valorable* para informarnos sobre la evolución natural promedia de estas malformaciones «mayores». Se trata, nada menos, que de sentar un criterio conceptual que ha de influir notablemente sobre las indicaciones terapéuticas a lo largo de toda la edad infantil y, en especcial, sobre una mejor justipreciación y comparación verdaderamente objetivas de los resultados, según hayan sido los tratamientos seguidos.

Es importante empezar por dejar sentado que las imágenes de las hernias, propiamente tales, son indudablemente menos constantes en sus características morfológicas y topográficas que las de las ectopias a causa de su mucha mayor movilidad, más fácil desplazamiento, cambios volumétricos importantes según el decúbito, repleción, etc. Ofrecen, en cambio, más garantía de aproximación a la realidad anatómica global, debido a que las ectopias pequeñas están sujetas con frecuencia, como es bien sabido, a interpretaciones equívocas e incluso dependientes de imágenes de captación ocasional que impiden, como han hecho notar Astley, Carré y Smellie, Plarre [4] y nosotros mismos [5], asegurar una realidad morfológica de plena certeza, en no pocas ocasiones.

Muy poco o nada se ha concretado hasta ahora sobre la «historia natural» de las malformaciones de gran volumen, en realidad, de bastante menor incidencia comparada con la de las ectopias. Del análisis de las 11 observaciones que a continuación se extractan, puede colegirse con base firme que se han mantenido fieles a la conducta sobre la que insiste Carré en las ectopias (criterio que en esta última modalidad compartimos también por entero), sosteniendo que los pequeños desplazamientos gástri-

cos, salvo complicación y sin que sean raras ni mucho menos las excepciones, tienden hacia una mejoría o atenuación de sus trastornos con el transcurso del tiempo. Mejoría o atenuación que puede ya ponerse de manifiesto desde el primer año de la vida (es lo más frecuente) o en el correr de toda la edad infantil e incluso más tarde. Confirmación patente de este hecho, de orden general, la hallamos en la escasez relativa de estos enfermos observada por los gastropatólogos en los 3.° y 4.° decenios de la vida. Esta circunstancia disfruta de una larga tradición. En el Tratado de Von Bergmann la vemos ya señalada por Katsch [6] en el año 1943 cuando expresaba su sorpresa ante el hecho, inaceptable —e incomprensible— en la actualidad, de que una malformación congénita como la que nos ocupa no se manifestara clínicamente hasta pasados los 40 o los 50 años. En realidad, su afirmación se basaba en el sorprendente desconocimiento, prácticamente absoluto, de la afección en aquellos tiempos por parte de la Pediatría.

En el mismo orden de ideas resulta no menos expresivo el hecho de que después de la edad de 15 ó 20 años, las estenosis pépticas del esófago se hagan de observación extremadamente rara. Incluso en las mal atendidas durante la edad infantil, tanto las hemorragias como la disfagia (de íntima relación con aquéllas), tienden abiertamente, ya antes de llegar a la edad adulta, hacia una notable atenuación de sus trastornos, cuando no a su total desaparición.

Nos interesa muy particularmente insistir sobre estos extremos, por no hallarse ni de lejos compartido por un número importante de autores (y menos aún por los clínicos y los cirujanos prácticos), muy inclinados todavía a someter sus enfermos a descensos o trasposiciones transdiafragmáticas del cardias, sin discriminación de su modalidad, de la importancia clínica de la afección, de la naturaleza de sus complicaciones, edad, etcétera. La inatención de este concepto pesa, a nuestro criterio, en la actualidad, con una influencia apreciable y no siempre favorable, al sentar las indicaciones terapéuticas agresivas en la edad infantil. Adelantemos, por lo tanto, que para nosotros es de importancia indiscutible el considerar para el porvenir de estos enfermos, la conveniencia de mostrarse parco en decidir una terapéutica quirúrgica. Nos atrevemos incluso a añadir, si bien con las debidas reservas, que este criterio puede y debe ser aplicado a no pocos de los enfermos que sufren complicaciones derivadas de las esofagitis pépticas, las estenosis en particular, siempre que éstas sean debidamente atendidas. Así, pues, conviene insistir en que la *tendencia involutiva o regresiva de estas malformaciones en el niño no es tomada en la debida consideración,* con demsiada frecuencia. En realidad —no está

de más recordarlo aquí— esta tendencia a la involución o corrección espontánea se observa también en los otros procesos herniarios del niño, «embriopatía de retraso». La mayoría de las hernias umbilicales y muchas de las inguinales, se corrigen espontáneamente o por poco que se les ayude mediante un apósito corrector, mientras el niño permanece en decúbito horizontal constante. La posición bípeda, por el contrario, favorece la persistencia y la agravación de las últimas, interrumpiéndose por tal motivo el proceso reparador natural. Pero la deambulación se muestra, en cambio, evidentemente beneficiosa en los desplazamientos gástricos por el hiato esofágico, razón suplementaria en la explicación de su carácter regresivo, durante los años sucesivos.

Aportaremos finalmente como testimonio (el más fidedigno por nosotros conocido de estas afirmaciones apoyadas en lo que la experiencia nos demuestra a reiteración), el trabajo publicado en 1953 por Brown Kelly [7] haciendo referencia a 6 de los niños afectos de estenosis esofágica grave, entre los 9 presentados por el mismo autor en colaboración con Findlay [8], en 1931. Todos ellos afirmaron llevar «vida activa normal, aunque no absolutamente libre de síntomas», veintidós años más tarde.

La falta de documentación suficiente en la mayoría de nuestros enfermos, tanto por dificultades interpuestas a las tan convenientes revisiones periódicas, en un período que sobrepasa en algunos casos los 20 años, como por no ser utilizables para este fin los enfermos observados sin la indispensable perspectiva o porque fueron intervenidos quirúrgicamente, nos impedirá sentar precisiones estadísticas de valor incuestionable, en cuanto a su importancia. Nuestra contribución se limitará, pues, a algunas consideraciones sobre lo más sobresaliente entre lo observado en los once enfermos* en que hemos podido recoger datos suficientes, que presentamos en forma muy resumida para información del lector.

Para una mejor sistematización de este estudio, separaremos estos enfermos en dos grupos, siguiendo las normas de clasificación por nosotros trazadas para las hernias gástricas; ateniéndonos como índice más destacado, al volumen del estómago desplazado; 1) Totales y sub-totales, y 2) Grandes, medianas y pequeñas.

Del primer grupo podemos presentar sólo cuatro observaciones de nuestra casuística, no utilizables las otras por las razones expuestas. Ofrecen características evolutivas peculiares, tanto clínicas como radiológicas, por lo que

* En el momento de ponerse en prensa este trabajo han sido revisados 9 enfermos más. El signo involutivo en todos ellos ha sido manifiesto.

merecen ser expuestas con algún detalle.

* * *

1.er Grupo: *Hernias totales o sub-totales.*

deposiciones oscuras. A pesar del tratamiento adecuado, a los ocho meses agravación de sus trastornos. Se prepara para la intervención. Aplazada ésta por los padres y manteniéndole en posición erecta, vuelve a los 10 meses muy mejorado, aunque su peso es solamente de 6.100 grs. Progresivamente desaparecen sus trastornos, de los

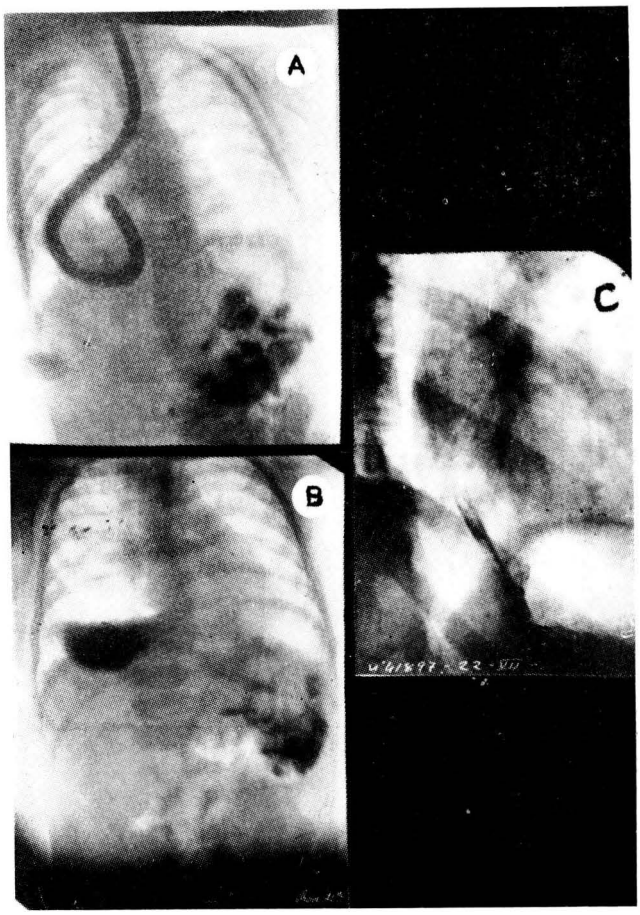


Fig. 3. — Ro. Ma. Re.: A y B, estómago torácico en su mayor parte a los 7 meses. C, estómago totalmente abdominal a los 21 años. Buen ángulo de His. No reflujo en Trendelemburg.

Obs. I. — Ju. Par. — Varón, 6 semanas. Peso 4.250 grms. Solamente una pequeña porción del antro pilórico se hallaba en abdomen. Vómitos pertinaces con expulsión frecuente de sangre, de preferencia en coágulos. Hematíes, 3.700.000, cifra que se mantuvo en varios análisis ulteriores. Nunca que se halla pácticamente libre a los 18 meses.

No le vemos de nuevo hasta la edad de 9½ años. Empezó a andar a los 20 meses. En este lapso de 8 años, sólo ha vomitado ocasionalmente, cuando padecía catarros respiratorios. Nunca más ha expulsado sangre

y no ha sufrido crisis disfágicas. Radiológicamente, solamente el píloro se halla situado por debajo del hiato. Vaciado gástrico muy rápido. *Ligera tendencia a la normalización anatómica. Curación clínica.*

Obs. II. — Sa. Gil. Bo. — Varón, 10 meses. Peso, 3.000 grs. A los dos meses inició vómitos de gran tenacidad e importancia, con frecuencia hemáticos. Estado general deplorable. No deposiciones oscuras. Radiológicamente, el estómago está totalmente en tórax. Con tratamiento adecuado mejora aunque muy lenamente. A los 14 meses vomita poco. A los 16, pesa solamente 5.500 grs. A los 19 meses, 5.400 grs. Ulteriormente desaparecen progresivamente los trastornos a beneficio de frecuentes lavados gástricos, hasta el punto de no considerar la madre necesario asistir a la consulta.

No lo volvemos a ver hasta los 21 años. Sin tratamiento durante 19 años, ha llevado hasta este momento vida normal, aunque no activa por razones de sobre-protección, ambiente familiar, etc. No le han dejado trabajar. Carácter raro. Buen apetito. Delgado, pero con buen desarrollo muscular y estatura normal. En las radiografías se observa: Menos de 1/3 de estómago en tórax, es decir, corrección de más de 2/3 del desplazamiento gástrico. *Involución (radiológica) acentuada, incompleta, hacia la normalización anatómica. Curación clínica.*

Obs. III. — Ro. Ma. Rev. — Hembra, 7 meses. Peso, 7.700 grs. Vómitos desde nacimiento con frecuencia acompañados de coágulos sanguíneos. A los 3 meses de edad —sin tratamiento oportuno, por indiagnosticada— empezó a mejorar espontáneamente. Al acudir a nuestra consulta, radiológicamente más de 3/4 del estómago estaban situados por encima diafragma en hemitórax derecho (figs. 3 A y B) (no se logra que retenga la papilla en estómago, por lo que se toma esta placa con la sonda colocada, lo que permite hacerse cargo del volumen del estómago torácico en consonancia con lo obseservado por escopia); 5.900.000 hematies. Ateniéndose a nuestros consejos, se acentuó tan rápidamente la mejoría que no asistió más a la consulta, *después de su única visita.*

A requerimiento, la vemos de nuevo a los 21 años de edad. Normalidad absoluta durante veinte años, *sin seguir ningún tratamiento.* Buen desarrollo psico-somático. Por radiografía: *estómago en posición perfectamente normal, con ángulo de His satisfactorio y sin reflujo en Trendelenburg.* Pliegues en cardias, que no ofrecen los caracteres propios de la mucosa gástrica (fig. 3 C). *Reintegración anatómica total del estómago en abdomen. Curación clínica.*

Obs. IV. — Pe. Alb. — Varón, 9 meses. Vómitos desde los primeros días, algunas veces verdosos y sin expulsión de sangre. ruidos hidroaéreos intensos. Ultimamente enterocolitis. Radiografía estómago casi totalmente torácico. Con tratamiento postural y cuidados suplementarios, siempre mal seguidos a domicilio, mejora poco, dejando de asistir a la consulta a los dos meses de asistencia (11 meses de edad). No le vemos de nuevo hasta la edad de 17 años y medio. Nos informan que después de la última visita practicada por nosotros fue mejorando progresivamente sin tratmiento alguno, quedando libre de molestias a los dos años. Desde entonces, ningún trastorno en relación con su importante malformación. Actualmente pesa 62,500 kgs. y mide 1,71 metros. Carácter muy raro e irascible hasta el punto de que se niega a dejarse practicar una exploración radiológica, por temor —dice el enfermo— de saber con exactitud la situación en que se encuentra su estómago. Un año más tarde conseguimos practicar la radiología. *Corrección de 2/3 del desplazamiento gástrico. Curación clínica.*

* * *

2.º Grupo: *Hernias grandes, medianas y pequeñas.*

A pesar de ser mucho más numerosas, las consideradas por nosotros «*verdaderas hernias gástricas por el hiato esofágico*» *corrientes* (en sus tres variantes pequeña, mediana y grande), esto es, aquéllas en que la proporción de estómago situado en el tórax oscila aproximadamente de 1/4 a 2/3 de su volumen total. Los enfermos que se presentaron en esta revisión

a ser estudiados bajo el punto de vista de la *evolución anatómica y clnica natural* de su malformación (con garantía suficiente para establecer criterios estimables), no es importante. A las razones, antes expuestas en explicación de esta deficiencia, hay que hacer resaltar que una cantidad proporcionalmente grande de estos enfermos fueron sometidos a tratamiento quirúrgico.

Así, pues, los enfermos que, evolucionando sin complicaciones y no habiendo sido objeto de tratamiento quirúrgico (herniorrafia con transposición del cardias o frenicectomía), que han comparecido a revisión después de un número de años suficiente para poder justipreciar con cierta garantía los *cambios evolutivos espontáneos* de su desplazamiento gástrico son únicamente:

Obs. V. — Ro. Bid. — 7 meses. Hembra. Vómitos desde nacimiento con frecuentes hemorragias. En la radiografía: 1/4 del estómago supra-diafragmático, hiato ancho, con tendencia hacia la derecha. Con tratamiento postural mejoró en pocos meses, no asistiendo a nueva revisión hasta los 16 años. Sin seguir tratamiento alguno después del inicial, no habían cesado totalmente sus molestias hasta los 11 años. Ultimamente todavía un vómito oscuro accidental. Lleva vida normal y trabaja. Nunca disfagia. Buen desarrollo psico-somático. Radiográficamente: *Estómago totalmente abdominal.* Buen ángulo esófago-tuberositario. *Ausencia de reflujo* en todas posiciones y maniobras. *Normalización anatómica. Curación clínica.*

Obs. VI. — Ma. En. Mar. Vi. — 5 meses. Hembra. Vómitos intensos, con frecuencia hemáticos que se iniciaron a los 8 días. Nunca deposiciones oscuras. Peso 6.600 gramos. Radiológicamente: Hernia gástrica pequeña. Con tratamiento postural mejora rápidamente. A los dos años escasísimas molestias. Nunca disfagia. A los 5 ½ años sigue bien. Radiología: *Estómago en situación completamente abdominal. Buen ángulo de His.* Lleva vida normal. *Reposición anatómica total y rápida. Curación clínica.*

Obs. VII. — Jai. Bou. Sa. — 8 meses. Varón. Vómitos desde nacimiento con frecuencia hemáticos. No deposiciones con sangre. A los 4 meses se diagnosticó hernia gástrica y estenosis pilórica radiológica evidente (síndrome freno-pilórico). 1/3 del estómago en cavidad torácica. Alargamiento pilórico persistente en toda la exploración. Con tratamiento postural mejoró, llegando a la desaparición total de sus trastornos. Al año, recrucedimiento de éstos. Radiológicamente: a los 15 meses de edad se reafirma el diagnóstico de síndrome freno-pilórico (constatación de inusitado interés por su rareza a tal edad). Pilorotomía. Curación inmediata y definitiva. A los 8 años solamente 1/6 del estómago supra diafragmático. Sigue en plena normalidad. *Notable restitución anatómica. Curación clínica.*

Obs. VIII. — Asu. San. Po. — 9 meses. Hembra. Vómitos desde el nacimiento, hemáticos desde los 4 meses. Mejora con tratamiento postural. Más de medio estómago por encima del hiato y a la derecha (figura 4 A). A los 3½ años, asintomática, sin tratamiento. Hernia pequeñísima (fig. 4 B). A los 11 años sigue sin molestias. Radiológicamente, persiste tan sólo una imagen supra diafragmática como de ectopia pequeña (figura 4 C). *Manifiesta tendencia a la normalización anatómica. Curación clínica.*

Obs. IX. — Mar. Mar. — Hembra, 1 mes. Vómitos desde las primeras tomas, a veces antes de terminarlas. Más adelante también tardíos. Nunca expulsó sangre por la boca ni por el ano. Radiográficamente, hernia hiatal de unos 2/3 del volumen gástrico. Con tratamiento adecuado mejora, aunque despacio y con recaídas. A los 12 años escriben desde una ciudad lejana diciendo que lleva vida normal, sin aquejar molestias (no ha sido posible obtener documentación gráfica). *Evolución anatómica desconocida. Curación clínica.*

Obs. X. — Edu. Gon. — Varón, 1 mes. Vómitos desde nacimiento en todas las tetadas. Una sola vez vómito y deposición oscuros. Gran malestar después de las tomas. Peso: al nacer, 3.500 grs.; al mes, 2.900 grs. Por mejorar sensiblemente en los días sucesivos no se exploró radiológicamente. No compareció de nuevo a la consulta hasta la edad de 9 meses. Dijo la madre que últimamente se habían incrementado los vómitos y que en una sola ocasión el contenido presentaba hilos de sangre roja. Peso, 6.400 grs. Radiografía: más de 1/4 del estómago en cavidad torácica (fig. 5 A). Nuevamente colocado en posición sentada mejoró rápidamente, ganando en un mes 450 gramos; a los diez meses dejó otra vez de asistir a la consulta. Comparece a la revisión a los 7 ½ años (fig. 5 B). Normalidad digestiva absoluta en los últimos años, a pesar de las reiteradas crisis que le ocasiona el «baritoma» pulmonar. *Corrección importante del desplazamiento gástrico. Curación clínica.*

Obs. XI. — Ma. An. Sol. — 1 mes. Peso 2.600 grs. 1/4 del estómago en tórax (figura 6 A). Tratamiento postural mal llevado. A los 5 meses tos ferina con reanudación de vómitos y después disfagia intensa que obligó a alimentación por sonda. Nunca expulsión de sangre por boca ni por ano. Tampoco estenosis orgánica discernible. Ulteriormente mejora progresiva siguiendo tratamiento poco disciplinado. A los 6 años, normalización en todos sentidos. *Restitución anatómica completa. Curación clínica* (figuras 6 B y C).

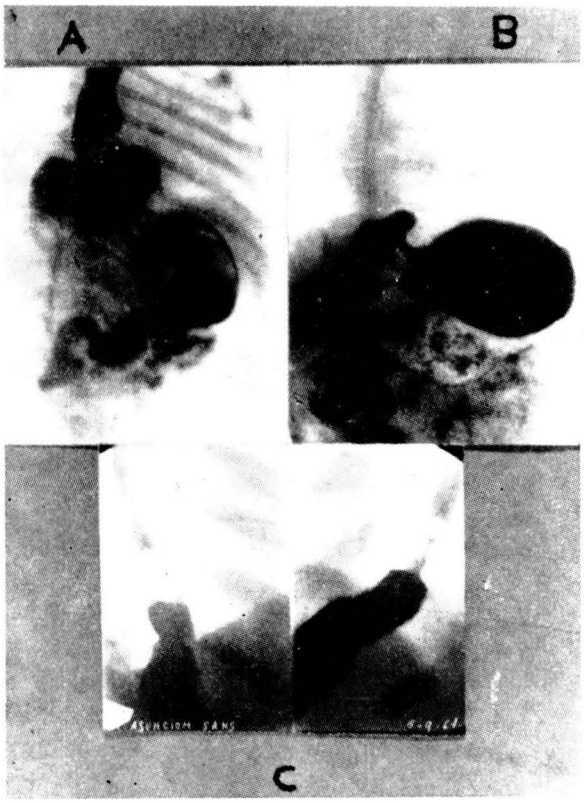


Fig. 4. — Asu. San. Po.: A, 9 meses. Más de la mitad del estómago supradiafragmático. B, a los 6 6/12 años. Reducción notable de la hernia. C, a los 11 años, imagen ocasional de ectopia gástrica «relámpago».

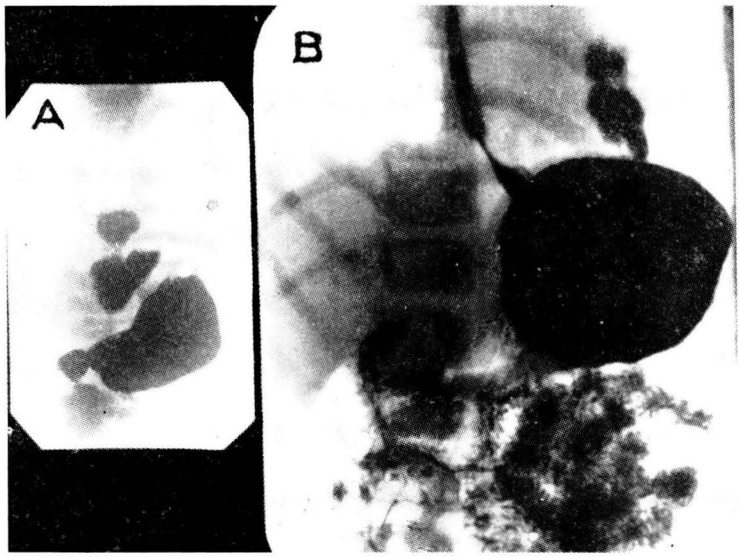


Fig. 5. — Edu. Gon.: 1 mes. A, más de 1/4 del estómago en cavidad torácica. B, estómago en abdomen a los 7 ½ años. Obsérvese la persistencia de papilla de bario (aspirada a los 2 años) en lóbulo inferior izquierdo.

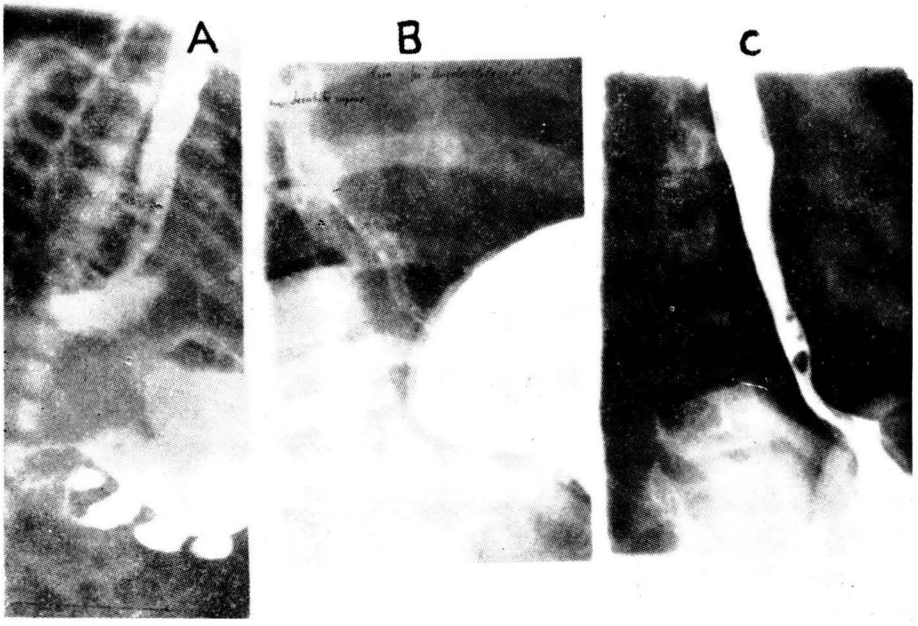


Fig. 6. — Obs. XI, Ma. An. Sol.: A, hembra de un mes, 1/4 de estómago en tórax. C, estómago completamente abdominal, y B, no reflujo esofágico en Trendelemburg (a los 6 años).

COMENTARIOS

Interesa ante todo hacer resaltar que en las 11 historias de «hernia gástrica verdadera» en sus distintas variedades, resumidas en este trabajo se aprecia la ausencia de esofagitis, estenosis, acortamientos por úlcera péptica, disfagia, hemorragias por vía anal importantes (solamente una) y la tendencia, en cambio, a la expulsión de sangre por la boca. A estas circunstancias les adjudicamos especial importancia, por cuanto de ellas puede deducirse en el sentido de la caracterización clínica de las «hernias» para su diferenciación con las «ectopias». Caracterización que consideramos de la mayor trascendencia clínico-práctica en el momento de considerar la oportunidad de una intervención quirúrgica. El concepto, por ejemplo, de que las hernias sangran por el estómago (por congestión venosa, opina Waterston)[9] o por ulceraciones a nivel del hiato según nuestra experiencia, es por lo general poco apreciado, aunque tiene máxima importancia, por cuanto estigmatiza su diferenciación con las ectopias, muy dadas a las complicaciones esofágicas.

En beneficio de un buen planteamiento del problema de la evolución natural de las hernias gástricas, es preciso atenerse a que, en principio, la mayoría de estos enfermos estudiados no pueden considerarse como haber sido rigurosamente tratados, según las normas dictadas por Carré y Astley [1, 2]. En su evolución anatómica favorable, muy poco habrá influido la terapéutica, empleada casi siempre tardía y sin la menor duda insuficiente, como lo demuestra la edad avanzada en que la mayoría acudieron a nosotros, la indisciplina en el tratamiento seguido en el domicilio, y el hecho del lapso de tiempo extraordinario que en la mayor parte evolucionaron sin ser revisados, circunstancias que han quedado consignadas en el resumen de las historias.

Así, pues, la tendencia a la reintegración hacia la normalidad anatómica plenamente demostrada en estos enfermos (en forma tan inesperada como espectacular en algunos) y hacia la curación clínica *en todos ellos,* habla muy en favor de que, salvo muy contadas excepciones, sea ésta su evolución natural más frecuente.

Las excepciones deberían encontrarse representadas en nuestra casuística, únicamente, por aquellos enfermos que fueron operados, ya que los expuestos en este trabajo son la totalidad de los que no sometimos a operación; hemos revisado transcurridos un número de años considerado suficiente. Pero téngase en cuenta que los operados fueron elegidos entre los que si bien no mejoraban con el tratamiento incruento, se hallaban en condiciones suficientemente buenas para soportar, con escasos peligros, una operación «mayor» como es la toracotomía. No eran, por lo tanto,

los considerados como los más graves, si excluimos los pocos que, entre ellos, fueron objeto de una frenicectomía por la misma causa. En principio, pues, los enfermos antes reseñados constituyen un grupo en el que cuatro de ellos (obs. I, II, IV y IX) no se creyó oportuno intervenir por tratarse de formas de uno), fue lo suficientemente efectivo para no plantear la necesidad de una corrección de la hernia, e incluso, en la mayoría de ellos, para no considerar necesario asistir a nuestra consulta.

De cuanto queda expuesto, se destaca el hecho de que la *tendencia a la normalización* en el trans-

TABLA

EVOLUCION NATURAL DE 11 HERNIAS GASTRICAS (1)
(Seguidas de 5 a 20 años)

	Enfermos	*Edad*	*Estomago toracico*	*Años transcurridoe*	*Ultimo control radiológico*	*Ultima revición clínica*
I.	Ju. Par.	6 sem.	Total	10	Ligera corrección	Curación
II.	Sal. Gil.	10 m.	Total	20	1/3 est. en tórax	Curación
III.	Ro. Rav.	7 m.	3/4	20	Estom. total abdom.	Curación
IV.	Pe. Alb.	9 m.	Sub. total	17	Sólo 1/3 est. en tórax	Curación
V.	Ro. Bid.	7 m.	1/4	16	Est. total abdom.	Curación (2)
VI.	Ma. En. Mar.	5 m.	1/4	5	Est. total abdom.	Curación
VII.	Jo. Bou.	8 m.	1/3	8	1/6 Est. en tórax	Curación (3)
VIII.	As. San.	9 m.	1/2	10	1/8 Est. en tórax	Curación
IX.	Ma. Mar.	1 m.	2/3	12	?	Curación
X.	Ed. Gon.	9 m.	1/4	6	Corrección import.	Curación
XI.	Ma. An. Sol.	1 m.	1/4	6	Corrección total	Curación

(1) Solamente algunos pocos se sometieron al tratamiento postural, siempre indisciplinado.
(2) Raras pequeñas hemorragias.
(3) Síndrome freno-pilórico. Pilorotomía a los 15 meses de edad (!).

restitución gástrica al abdomen dudosa, o cuando menos difícil, por su enorme volumen (totales o subtotales). O también que por el estado muy deficiente en que llegaron a nosotros no se creyó prudente someterles a una toracotomía. En los restantes, el tratamiento incruento con toda certeza mal llevado (o la simple pilorotomía en curso del tiempo a que nos referimos, es condición que no debe ser olvidada ni tan siquiera minimizada en el momento en que se plantee la conveniencia de una indicación quirúrgica en las «verdaderas hernias» por el hiato esofágico *en el niño*. De momento, los hechos aquí expuestos nos han servido para reafirmarnos en nuestro nuevo con-

cepto del *carácter involutivo* de la afección, que si bien no siempre es total y categórica, es preferente de estos desplazamientos de tipo «mayor» en la edad infantil. Aun en los enfermos en que la restitución anatómica del estómago al abdomen haya sido incompleta, la clínica ha demostrado *sin excepción* (en este grupo de 11 enfermos), una evidente tendencia a la normalización en el correr de los primeros meses o años (tal como ocurre en muchas ectopias según Carré)[1]. Con la ventaja manifiesta y a la vez trascendental en favor de las hernias, de no ofrecer el peligro de las complicaciones consecutivas a las ulceraciones pépticas del esófago, consideradas *por nosotros* muy raras en las hernias, y por desgracia frecuentes en las ectopias. En ninguno de los enfermos reseñados se produjeron las temidas estenosis ni los acortamientos esofágicos, complicaciones de estimable gravedad, lo que permite augurar una evolución natural, todavía más favorable, para los grandes desplazamientos torácicos del estómago, que para los de escaso volumen, llamados por nosotros ectopias.

CONCLUSION

El análisis de resultados acabados de exponer nos afianzaron en la tendencia, que veníamos siguiendo en los últimos años, tratando de condicionar las correcciones quirúrgicas de las hernias hiatales, en contraposición notoria con el criterio seguido por la mayoría de cirujanos pediatras, de continuar su correción rutinaria casi sistemática. No es este el lugar de exponer nuestra opinión particular sobre un extremo de tanta importancia, por otra parte ya manifestada en reciente trabajo publicado en Revista Española de Pediatría.[10] Tan sólo nos interesa hacer resaltar aquí que si se atiende debidamente la *tendencia evolutiva* de estos procesos por un lado, y a la *discriminación de una serie de afecciones concomitantes* habituales en estos enfermos (causa y razón —frecuentes— del desencadenamiento o del mantenimiento de sus trastornos), son muy pocos los niños afectos de hernias hiatales verdaderas que requieren una herniorrafia correctiva. Y, añadiremos, que estas correcciones serán muy raramente exigidas después de transcurrido el primer año de la vida. Sin dejar de consignar que en niños muy pequeños y en situación grave, una pseudo-corrección herniaria parcial puede lograrse practicando una intervención tan intrascendente como es la frenicectomía izquierda.

Finalmente, haremos resaltar, una vez más, la imperiosa necesidad de iniciar un análisis crítico conjunto de estas malformaciones entre pediatras y gastro-patólogos. La carencia absoluta del estudio

de la relación entre las patologías de los desplazamientos gástricos, en los dos extremos de la vida del hombre, constituye todavía una inexplicable aberración que es indispensable corregir.

RESUMEN

Presentación de una serie de hernias hiatales con la finalidad de estudiar su evolución natural, desconocida hasta ahora. Del análisis de las mismas el A. pretende deducir consecuencias y orientaciones del orden terapéutico y muy especialmente del conceptual acerca de la diferenciación entre la patología de estas malformaciones en el adulto y en el niño. Destaca que en éste domina el carácter involutivo o regresivo, cuyo desconocimiento interfiere un buen planteamiento de los problemas que le atañen.

Discusión. — El doctor C. Soler Dopff realza el valor que tiene la exploratoria sistemática de los niños y pregunta cuál sería la mejor técnica para que se observaran, por parte de todos, los llamados exámenes de «salud».

El disertante contesta que las historias clínicas, en los niños afectos de desplazamientos gástricos por el hiato esofágico suelen ser estereotipadas. Los afectados vomitan o sangran. De lo que hace referencia a adultos no sabría opinar.

BIBLIOGRAFIA

1. CARRE, I. J.: «The natural history of the partial thoracic stomach (hiatus hernia) in children». Arch. Dis. Child. **34**; 344, 1959.
2. CARRE, I. J., y ASTLEY, R.: «The fate of the partial thoracic stomach (hiatus hernia) in children». Arch. Dis. Child. **35**; 484, 1960.
3. ROVIRALTA, E.: «Ectopia gástrica parcial y hernia gástrica por el hiato esofágico». Rev. Esp. de las Enf. del Apar. Dig. y de la Nut., XX, 1, 1961.
4. PLARRE, F. E.: «Gastro-oesophageal reflux in infancy and childhood». Med. Jour. Austr. **2**; 249, 1956.
5. ROVIRALTA, E.: «Contribución al estudio de las pequeñas malformaciones cardio-esofágicas». Rev. Esp. de Ped. XVI; 39, 1960.
6. KATSCH, G.: «Hernias del hiato esofágico en BERGMANN, G. von STAEHELIM, R., y SALLY, V.». Tratado de Medicina Interna. T. III, 1.° parte, pág. 381. Editorial Labor, S. A., Barcelona, Madrid, Buenos Aires y Rio de Janeiro, 1943.
7. BROWN KELLY, A.: «In discussion on hiatus hernia and oesophagitis». Proc. Roy. Soc. Med. **46**; 941, 1953.
8. FINDLAY, L., y BROWN KELLY, A.: «Congenital shortening of the oesophagus and the thoracic stomach resulting herefrom». Jour. Laring and Oo. **46**; 797, 1931.
9. WATERSTON, D.: «Pediatric Surgery, Year Book Med. Chicago, 1962.
10. ROVIRALTA, E.: «Tratamiento quirúrgico de la hernia hiatal y de la ectopia gástrica». Rev. Esp. de Ped. XIX; 351, 1963.