

## **ANEMIA, SIN ULCUS GÁSTRICO, EN LAS HERNIAS DEL HIATUS DIAFRAGMÁTICO**

Dr. JOAQUIN TRIAS PUJOL

Numerario de la Real Academia de Medicina de Barcelona

**H**ACE dos años tuve ocasión de examinar una señora que presentaba una anemia extremada, acompañada de una astenia considerable. Después de un tratamiento intenso y prolongado, que dió resultados poco apreciables, un eminente clínico le practicó un examen radiográfico y pudo diagnosticar una hernia del hiatus diafragmático, recomendándole la intervención quirúrgica.

Después de un régimen apropiado durante unos días, desprovisto de carne, se practicaron varios exámenes de heces, que contenían sangre intensamente positiva.

Creímos que se trataba de uno de tantos casos en los que el estómago, más o menos alterada su circulación por el orificio diafragmático, presentaría una úlcera hemorrágica. En el momento de la operación, la superficie del estómago era normal a la vista y no presentaba ninguna alteración al tacto. El orificio herniario, amplio, de bordes obtusos y blandos, no daba la impresión de efectuar compresión alguna y el estómago entraba y salía sin dificultad alguna en la cavidad cupuliforme que lo alojaba, dotado de una extraordinaria movilidad.

¿Cómo se explicaría entonces esta tendencia a la hemorragia?

Hay que consignar que después de cerrado el orificio herniario, por vía abdominal, cesó el síndrome hemorrágico y la enferma recuperó su estado general, desapareció la astenia y aumentó 7 kilos.

¿Por qué cesó la pérdida de sangre y por consecuencia curó la enferma de su anemia?

### **Hernia diafragmática y ulcus péptico**

La existencia de úlceras pépticas en las hernias diafragmáticas es un hecho conocido de todos los clínicos y cirujanos. Sin embargo, son numerosos los casos en los que ni el clínico, durante la exploración, ni el radiólogo, ni el cirujano en el curso de la intervención, encuentran rastro de

úlceras en el estómago, a pesar de presentar el enfermo una anemia más o menos intensa, que cura precisamente al ocluir el orificio herniario.

### Frecuencia de la anemia en las hernias diafragmáticas

Hace unos años se consideraba esta anemia como un hecho relacionado con la existencia de un úlcus péptico, que, en efecto, se encuentra algunas veces. A medida que las intervenciones se han hecho más frecuentes se ha comprobado que la patogenia de esta anemia era algo más complicado, lo que ha dado lugar a numerosos trabajos, en los que se han lanzado hipótesis muy variadas y algunas de ellas bastante confusas.

En primer lugar se aprecia que esta complicación recae, principalmente, en *mujeres de edad madura*. También se ha dicho que la mayor parte de personas portadoras de una hernia del hiatus eran *obesas, brevilíneas*, algunas de las cuales presentan *deformaciones* vertebrales, todo lo cual contribuiría a agrandar o debilitar el orificio diafragmático, por aumento de presión en la cavidad abdominal.

La frecuencia de la anemia en las hernias del hiato diafragmático es mayor cada día, debido principalmente a una mayor divulgación de su existencia, hasta el punto que hoy día todo clínico avisado busca la existencia de una hernia del hiatus, en todos los casos en los que el enfermo padece un cuadro clínico de anemia hipocrómica de causa desconocida.

Explorando el enfermo radiológicamente al azar, no siempre es fácil encontrarla, pero las técnicas radiológicas actuales permiten descubrirla siempre que se sospeche su existencia.

Como se comprende, la frecuencia de la anemia en la hernia del hiatus diafragmático depende, principalmente, de la manera como se reclutan los enfermos. Así, por ejemplo, en los Servicios de Hematología, son muy numerosos estos casos, ya que sólo asisten a dichos servicios los enfermos que padecen anemia. Por esto MALLARMÉ<sup>1</sup>, de un Servicio de Hematología, presenta un trabajo con 6 casos de hernia con 6 enfermos afectados de anemia. En los Servicios de Medicina General ya la proporción es menor, así HONNAN<sup>2</sup> presenta 22 casos de hernia, con sólo 6 casos de anemia. En los Servicios de Cirugía, la proporción es todavía menor y de este modo HARRINGTON<sup>3</sup> en una serie de 60 casos de hernia sólo presentaban signos de anemia 7 enfermos.

### Caracteres hematológicos de la anemia

En general todos los autores están de acuerdo en admitir que se trata casi siempre de anemias de *tipo hipocromo*, como las que presentan todos

los individuos sometidos a pérdidas de sangre prolongadas. Sin embargo, sería atrevido negar autenticidad a algunos casos en los que se ha encontrado anemias de tipo hiperocrómico, aunque hay que confesar que dichas observaciones son escasas †.

Algunos hematólogos atribuyen estos casos a errores de técnica, debido a que el dosaje de hemoglobina se presta a numerosos errores y no siempre se ha completado el examen colorimétrico con el estudio de la sangre en el porta ni se ha efectuado el estudio de la médula ósea por punción esternal. También se ha observado que en algún caso la forma hiperocrómica era transitoria y sólo aparecía cuando la hipoglobulia era muy intensa, pero que al elevarse el número de hematíes mediante un tratamiento apropiado se restablecía la hipocromía. Parece ser que en algún caso por debajo de 1.500.000 hematíes, la tasa de hierro disminuiría menos de lo que corresponde a tan intensa disminución de eritrocitos.

En resumen, podemos decir que en la gran mayoría de anemias por hernia del hiatus diafragmático, este es de carácter secundario por pérdida de sangre, de tipo hipocromo, y el medulograma no señala la presencia de megaloblastos, ni otros signos de reacción eritroblástica anormal.

#### **Síntomas producidos por la anemia**

En las hernias diafragmáticas los trastornos, aunque variables, son a veces tan discretos, que no es de extrañar que en ocasiones la anemia y sus consecuencias sean la única manifestación clínica de la deformación diafragmática. Los demás signos pueden ser insignificantes.

La palidez, sensación de falta de fuerzas, disnea de esfuerzo y pérdida de peso, son habituales aun en los casos benignos. Casi siempre van acompañados de trastornos circulatorios, como taquicardia, eretismo vascular, palpitaciones y a veces dolores de tipo anginoso, sensación de opresión torácica, etc., etc. Cuando la anemia es intensa, casi nunca faltan los edemas en las extremidades inferiores.

Todos estos síntomas acostumbra a mejorar con la medicación marcial y siempre curan y desaparecen totalmente, al ser reparada la hernia por medios quirúrgicos, para volver a reaparecer, si la hernia recidiva por insuficiencia del tratamiento quirúrgico.

#### **Otros trastornos**

Con mayor o menor intensidad, no es raro que existan alteraciones de tipo digestivo o circulatorio, independientes del síndrome anémico y originados por la existencia misma de la hernia.

La *anorexia*, que algunos han creído responsable de la anemia, hemos podido observar que es, por el contrario, una consecuencia de la misma, pues cuando ésta disminuye con la medicación marcial, la *anorexia* disminuye, a pesar de continuar la hernia.

La *disfagia* va acompañada de sensación de dificultad al empezar a comer, y calma al notar el enfermo el paso del bolo alimenticio. Esta sensación de percibir el paso del bolo es común a toda esofagitis ocasionada por cualquier causa.

El *dolor*, a veces ligero, a veces más intenso, está casi siempre localizado a nivel del epigastrio o detrás del esternón, y presenta ya la forma de ligera pesadez, de quemadura, de constricción, de calambre y a veces de verdadero desgarró. Su *irradiación* siempre tiene lugar hacia atrás, al dorso y arriba en dirección a la paletilla, pudiendo irradiarse al cuello y mandíbula. La mayor parte de estos enfermos, debido precisamente a la sistematización de sus irradiaciones, han sido diagnosticados de cólico vesicular y cierto número de ellos han sido operados de colecistectomía.

Estos dolores no tienen la *periodicidad ni el ritmo* de los dolores ulcerosos, pero presentan en cambio la particularidad de ser modificados por la *postura* del enfermo. Aumentan al estar echado el enfermo y se alivian al levantarse. Algunos levantan los brazos y con esto consiguen aliviar un dolor o hacer cesar un espasmo. El decúbito izquierdo parece ser el más desfavorable. Algunas veces ocurre lo contrario, pues alguno hemos visto que alivia sus dolores al ponerse de pie. Estas *variaciones posturales*, aunque distintas en cada enfermo, son características del dolor en la hernia diafragmática.

### Caracteres de la hemorragia

La hemorragia en forma de melena copiosa o hematemesis apreciable es muy rara en los casos en los que no existe una úlcera gástrica.

En general, se trata de *hemorragias ocultas*, sólo perceptibles por el empleo de reactivos, frecuentes, prolongadas, pero intermitentes. Por esto es preciso repetir los exámenes para descubrirlas.

La *regurgitación* de las comidas es un fenómeno frecuente, debido a una insuficiencia del cardias. Esta insuficiencia del cardias da lugar a una *esofagitis*, con alteraciones de mucosa, visibles por radioscopia.

### Mecanismo de producción de la anemia

El no encontrar rastros de úlcera gástrica ni duodenal al operar enfermos con anemia intensa y hernia diafragmática, ha suscitado numero-

esos problemas, cuya solución aparecía confusa, hasta hace poco tiempo. En las publicaciones sobre este tema, algunas de ellas un tanto antiguas, encontramos multitud de interpretaciones teóricas, en consonancia con la especialidad cultivada por el autor de la misma.

Desde luego, todo el mundo está de acuerdo en admitir que la frecuencia del cuadro anémico con la hernia diafragmática, no es una pura coincidencia, ya que se cura con la intervención quirúrgica, y lo que tiene más valor todavía, recidiva cuando la anemia se reproduce por haber fracasado el tratamiento de la hernia.

La explicación del por qué se origina esta anemia de origen enigmático nos ha preocupado intensamente y hemos buscado en la literatura una solución a este problema, confrontando los datos aportados por diferentes autores, con lo que pudimos observar en nuestros enfermos, desgraciadamente poco numerosos.

De lo mucho que se ha escrito sobre dichas patogenias, citaremos sólo algunas de ellas, clasificadas en grupos distintos.

La *compresión vascular*, a nivel del orificio herniario, es lo primero que viene a la imaginación, en toda hernia. El éxtasis venoso por compresión, la producción de trombosis y várices, se ha podido comprobar multitud de veces, así como las alteraciones mucosas consecutivas a los trastornos circulatorios producidos a nivel de un orificio herniario compresivo<sup>5</sup>. Sin embargo, en el caso que nos ha incitado a estudiar este problema, ya hemos visto que por la amplitud del orificio y la morfología del mismo no cabe admitir dificultad alguna por compresión.

La *compresión nerviosa* de los plexos neurovegetativos a nivel del orificio de la hernia donde tan numerosas son las terminaciones del vago, que da paso a un verdadero hilio neurovascular, constituye una teoría invocada por algunos y reforzada por la cirugía experimental, que demuestra que la excitación del citado nervio es capaz por sí sola de producir ulceraciones hemorrágicas<sup>6</sup>.

### **Trastornos hematopoyéticos**

Una alteración de la mucosa gástrica, por ausencia de formación del factor antianémico, podría dar lugar a una anemia, que en este caso sería de tipo hiperocrómico. También ha sido invocada la formación de un *producto hemolítico* a nivel de la mucosa alterada, por trastorno vascular o irritación nerviosa.

### **Gastritis crónica**

La anorexia que acompaña a la anemia intensa de algunos enfermos

ha hecho pensar en la ausencia de secreción clorhídrica del estómago, alterado por trastorno vascular de la mucosa, que ocasionaría una *gastritis crónica* por metaplasia del epitelio de revestimiento. La falta de ácido, indispensable para la ionización del hierro, podría dar lugar a una *anemia ferropénica*.

#### **Alteración de la mucosa por aspiración torácica**

La porción de estómago colocada en el interior del tórax está sujeta a una presión negativa, ya que la presión abdominal es mucho más alta, lo que podría dar lugar a que actuando a modo de ventosa sobre la porción gástrica intratorácica, provocara una congestión de la mucosa con hemorragia consecutiva.

La *desnutrición* en sí ha sido también considerada como causa posible de anemia, por falta de asimilación (?).

#### **Comentario crítico. - Teoría hemorrágica**

Todas estas hipótesis lanzadas en una época en la que el número de casos estudiados era escaso y las exploraciones poco completas deben hoy día ser desechadas. En todos los casos por nosotros examinados hemos encontrado, constantemente, sangre en las heces, coincidiendo con lo publicado principalmente por los autores anglosajones. Es de observar que en muchos de los casos publicados antiguamente no se ha efectuado este examen sistemático.

El problema queda ya más simplificado, ya que sólo falta indagar el origen de esta hemorragia.

Se trata de *hemorragias* de tipo *prolongado*, de carácter *intermitente*, que al cabo de cierto tiempo son capaces de establecer un cuadro anémico de tipo hipocrómico, que recuerda por sus caracteres al de la anemia producido por la anquilostomiasis. En un caso y otro, el tratamiento médico a base de medicación ferruginosa es capaz de modificar la anemia, sin recurrir al tratamiento quirúrgico causal, indispensable para una curación definitiva.

Podemos pues establecer un primer principio: toda anemia acompañando a una hernia esofágica *es debida a la producción de hemorragias*, más o menos ocultas. Como corolario de este principio, podemos establecer otro en forma invertida: ante toda anemia de tipo hipocrómico de causa desconocida *debemos investigar la posible existencia de una hernia diafragmática*.

Al operar cualquier hernia diafragmática a nivel del hiatus, pueden

ocurrir dos cosas. O bien, tal como el caso antes citado, operado por nosotros, la abertura de la cavidad herniaria es muy ancha de bordes blandos y obtusos y la celda en forma de cúpula se va estrechando en su porción superior, con lo cual no se concibe compresión vascular alguna, o bien el orificio es estrecho, para prolongarse en una dilatada cavidad intratorácica. En este último caso la hernia puede ser compresiva a nivel del orificio de la misma. En las hernias del primer tipo, llamadas por ALISON<sup>7</sup> por *deslizamiento*, no existe úlcera, ni compresión vascular, ni nerviosa alguna. El estómago entra libremente en la amplia cavidad solicitado por la aspiración torácica y sale por una suave tracción, estando dotado de una extrema movilidad a nivel del cardias. En dicha cavidad se alojan cómodamente el esófago abdominal y la tuberosidad gástrica sin que se produzcan adherencias, ni espesamientos de la pared gástrica que permanece normal.

En la segunda variedad, llamada por ALISSON por torsión o paraesofágicas, el estómago penetra por un orificio estrecho en la cavidad torácica, invaginándose en ella una porción más o menos extensa de cara anterior del estómago, que puede arrastrar incluso el epiplón y el mismo colon. En esta variedad pueden aparecer úlceras pépticas, consecutivas a la compresión vascular y nerviosa que tiene lugar a nivel del orificio herniario.

El uso sistemático de la *esofagoscopia* y *gastroscopia*, que tanto se ha divulgado al generalizarse la Cirugía torácica, ha permitido encontrar en los casos de hernia del hiatus diafragmático numerosas *esofagitis*. Aumento de espesor de la mucosa, edema, alteración de los pliegues de la mucosa, pequeñas ulceraciones superficiales, úlceras pépticas bien manifiestas y verdaderas estenosis ulcerosas con rigidez de la pared, son manifestaciones anatómicas que explicarían estas hemorragias, a pesar de no presentar ninguna úlcera gastro-duodenal. Estas *esofagitis*, motivadas por insuficiencia del cardias, son las mismas que aparecen después de las resecciones de esófago y, en general, en todos los casos en los que se produce una regurgitación continuada, sea el que fuere su mecanismo. Han sido precisamente los anglosajones los que han establecido esta interpretación, porque son ellos los que han prodigado las esofagoscopias sistemáticas (de rutina, como dicen ellos), con motivo del desarrollo que en dichos países ha alcanzado la Cirugía torácica y con ella la del esófago. En efecto, después de toda resección esofágica, quedan alterados los mecanismos que rigen el buen funcionamiento del cardias, y tanto el síndrome hemorrágico, como el doloroso, dependientes de las lesiones mucosas por regurgitación del jugo ácido del estómago, son complicaciones frecuentes.

Del mismo modo, la hernia del hiatus diafragmático por deslizamiento (ALISON), provoca regurgitaciones por insuficiencia del cardias, que originan la misma lesión de la mucosa esofágica.

Al examinar un enfermo de hernia del hiatus diafragmático es indispensable practicar una esofagoscopia, para comprobar estas posibles lesiones de la mucosa esofágica y examinar al mismo tiempo, con una exploración radiológica adecuada, si existe regurgitación.

La mayor parte de autores que practican esta exploración sistemática admiten la existencia de lesiones de la mucosa esofágica, más o menos intensas, pero constantes, que explicarían estas hemorragias ocultas en ausencia de alteraciones de la mucosa gastroduodenal.

### Resumen

1.º La existencia de un síndrome anémico de tipo hipocromo, en las hernias del hiatus diafragmático, es un hecho frecuente admitido por todos.

2.º En los casos en los que no existe úlcera gastro-duodenal, ha sido interpretada por teorías muy variadas, pero carecen de fundamento, ya que se ha comprobado que en todos ellos se producen hemorragias más o menos ocultas, pero siempre de carácter prolongado.

3.º El examen endoscópico por esofagoscopia ha demostrado, en la mayor parte de casos, la existencia de lesiones de la mucosa esofágica, que oscilan de una simple congestión a la formación de úlceras pépticas y aun de estenosis por fibrosis de la submucosa.

4.º El origen de estas lesiones parece ser debido a la regurgitación de los jugos ácidos del estómago al esófago, por insuficiencia del cardias.

5.º El estudio radiográfico adecuado demuestra la incontinencia del cardias en las hernias del hiatus diafragmático, que permite la regurgitación continua, tal como ocurre en las esófago-gastrostomías.

### Bibliografía

1. MALLARMÉ, J. y TILQIN: L'anémie des hernies diafragmatiques. *Revue Hematologique*. 1948, 3, 197.
2. HONNANS L'anémie dans la hernie diaphragmatique de l'adulte. *Presse Medicale*. 1951-59-1044.
3. HARRINGTON: Rontgenologie considerations in the diagnosis of diaphragmatic hernia. *American J. Roentgenology*, 1943, 185.
4. CAIN, CATTAN ET CLASE: Anémie grave et hernie diaphragmatique de l'estomac chez l'adulte. *Bull. Med. Soc. Méd. Hopitaux Paris*, 1939, 55, 1130.
5. BOCK, DULIN, BROOKE: *New England J. Med.* 1933, p. 615.
6. GOSSET, ALBOT CANUET: La forme anémique des hernies diaphragmatique. *Academie de Chirurgie Paris*, 1944, 244, T. 70.
7. ALLISON: Reflux Esophagitis, sliding Hiatal Hernia, and the Anatomy of repair. *Surgery, Gynecology and Obstetrics?* 1951, 92, 419.