

GASTROENTEROLOGÍA

HERNIA HIATAL EN UN ANIMAL POLITRAUMATIZADO

M. Pla, S. Poveda, M. Ramos, A. Obaya, L. Ferrer, E. Castro
Assistència Clínica Veterinària

Caso clínico

Introducción

Las hernias hiatales son protusiones del esófago abdominal, unión gastroesofágica y, a veces, de una porción del fondo gástrico a través del hiato esofágico dentro del mediastino posterior, craneal al diafragma. Por lo general están causadas por anomalías congénitas del hiato que permiten el avanzamiento anterior del esófago abdominal y estómago. En estos casos el ligamento frenicoesofágico es laxo y permite que la unión gastroesofágica sea desplazada a través del hiato dentro del mediastino posterior. Las hernias hiatales adquiridas se asocian con traumas romos e incremento repentino de la presión intraabdominal y/o lesión de los nervios y músculos diafragmáticos, provocando laxitud hiatal y posterior herniación.

Describimos un caso clínico de hernia hiatal en un paciente politraumatizado. Se refirió a nuestro servicio de urgencias un cachorro de raza pastor belga, hembra, de cuatro meses de edad y que pesaba 8'4 kg. En el examen físico se detectó: mucosas pálidas, taquipnea, taquicardia, TRC < 2", auscultación cardíaca atenuada y pulso femoral normal. No caminaba. Se realizaron las siguientes pruebas: hemograma, bioquímica sérica y radiografías torácicas, abdominales y de las extremidades anterior derecha y posterior izquierda. Los resultados fueron: estado de shock hipovolémico, contusión y hemorragia pulmonar, fractura del cuerpo vertebral T6, fractura diafisaria radiocubital derecha, fractura diafisaria femoral izquierda y fractura de tibia y peroné izquierdos. Se estabilizó al paciente y se esperaron cuatro días antes de intervenir quirúrgicamente.

Los signos digestivos aparecieron en el postoperatorio.

Vómitos, regurgitaciones, pérdida rápida de peso y polifagia. En un primer tránsito de bario no se llegó a ningún diagnóstico. Se realizó un segundo tránsito con gastrografin mezclado con 1 lata de *canine a/d de Hill's*. En el momento de los disparos se ejerció presión positiva en el abdomen craneal. De esta forma se visualizó una dilatación en el esófago craneal al diafragma y megaesófago secundario. Debido al deterioro del animal optamos por colocar un tubo esofagogástrico por faringostomía. Alimentamos con dieta *Waltham canine convalescens* durante 2 meses. Para el control de la esofagitis y del reflujo gastroesofágico se recetó: omeprazol 0'7 mg/kg/día, metoclopramida 0'4 mg/kg/8h, cimetidina 10 mg/kg/8h, sucralfato 0'5 gr/8h, cisaprida 0'5 mg/kg/8h, metronidazol 15 mg/kg/12h y prednisolona 0'5 mg/kg/12h. El tratamiento quirúrgico se basa en recolocar el esófago abdominal, realizar una esofagopexia y una funduspexia.

Abordamos a través de la línea media ventral desde el ombligo hasta el cartilago xifoides. El hiato esofágico queda expuesto después de retraer los lóbulos hepáticos. Observamos que la porción esofágica herniada era de unos 3'5 cm y era deslizante. Se disecó el esófago y los desplazamos caudalmente. Se ancló al diafragma mediante la colocación de 6 puntos de sutura no reabsorbible de 2/0. La abertura hiatal era correcta y no fue necesario reducirla. Procedimos a la gastropexia fúndica incisional izquierda para prevenir el movimiento craneal de la unión gastroesofágica dentro del

tórax. Cerramos cavidad abdominal de forma rutinaria. El pneumotórax ocasionado fue mínimo. En el postoperatorio mantuvimos la sonda alimentaria hasta pasados 10 días y los antiácidos un mes. Actualmente come *canine i/d Hill's* reblandecido con agua y en el último control radiográfico con contraste, no se apreciaba megaesófago.

Discusión

Las hernias hiatales congénitas se describen tanto en perros como en gatos. Se deberían al cierre incompleto del hiato durante el desarrollo embrionario. Las razas afectadas con mayor frecuencia son el Shar-pei, el Bulldog inglés y el Chow chow, siendo los machos los más predispuestos. La sintomatología aparece normalmente durante el primer año de vida. También se han descrito en el tétanos.

Nuestro caso siembra una duda razonable sobre el origen de la hernia. ¿Se trataría de una hernia congénita que aún no había manifestado sintomatología y el atropello agravó un problema existente? Teniendo en cuenta que el diámetro del orificio hiatal diafragmático era normal y no fue necesario reducirlo durante la cirugía y la presencia del megaesófago; me inclinaría a pensar que fue la sobrepresión ejercida durante el traumatismo y la lesión de estructuras musculares y nerviosas adyacentes. Desde la fecha del ingreso han transcurrido casi 6 meses y todavía persiste hoy cierta intolerancia a la dieta sólida.

Bibliografía en Libro de Ponencias y Comunicaciones 40 Congreso Nacional AVEPA.

