

Hernia de hiato

Fecha de la última revisión: **24/09/2015**

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cuáles son las causas?](#)
3. [¿Cómo se clasifican?](#)
4. [¿Cuáles son sus manifestaciones clínicas?](#)
5. [¿Cómo se diagnostica?](#)
6. [¿Cómo se trata?](#)
7. [Bibliografía](#)
8. [Más en la red](#)
9. [Autoras](#)

¿De qué hablamos?

Cuando hablamos de hernia de hiato nos referimos al hallazgo anatómico que consiste en la protrusión de vísceras abdominales, más frecuente el estómago, hacia el mediastino y el tórax a través del hiato esofágico del diafragma. No se trata de una enfermedad en sí, sino un hallazgo anatómico (Qureshi WA, 2014; Kohn GP, 2013; Roman S, 2014).

Se trata de la hernia más frecuente dentro de las diafragmáticas y también una de las anormalidades anatómicas más habituales a nivel del tracto gastrointestinal superior.

Su incidencia estimada en la población general española es de alrededor de 5 de cada 1.000 habitantes, aunque esta cifra podría estar infravalorada debido a que muchas veces pasan desapercibidas al ser asintomáticas (Lobato L, 2007). Actualmente, se desconoce la prevalencia exacta debido a la subjetividad de los criterios diagnósticos. Parece ser mayor en países occidentales, lo que se ha relacionado con factores como la dieta baja en fibra, lo que conlleva un aumento repetitivo de la presión intraabdominal durante la defecación, y también con una dieta alta en grasas, lo que provoca un vaciado gástrico más lento (Roman S, 2014; Burkitt DP, 1973).

Se diagnostica sobre todo entre los 40 y 60 años y los principales factores de riesgo para su aparición son la edad, obesidad, tabaquismo, embarazo y el aumento de la presión intraabdominal (vómitos, tos, estreñimiento) (Roman S, 2014). En cuanto al sexo, no hay una evidencia clara de que existan diferencias entre hombres y mujeres, pero sí se ha comprobado que la hernia paraesofágica es más frecuente en mujeres, en relación con el aumento de la presión intraabdominal durante el embarazo (Qureshi WA, 2014).

La mayoría de las veces son asintomáticas y se descubren incidentalmente, siendo raro que se produzcan complicaciones. Cuando aparecen síntomas suelen ser debido a reflujo gastroesofágico (ver [Enfermedad por reflujo gastroesofágico](#)).

¿Cuáles son las causas?

Hasta la actualidad no se ha descrito una causa exacta que explique la fisiopatología en la formación de las hernias de hiato, y ésta parece ser multifactorial (Weber C, 2011).

Por una parte, la pérdida de elasticidad de los tejidos y el debilitamiento muscular que se produce con la edad, puede provocar el ensanchamiento del hiato esofágico y, como consecuencia, la protrusión de vísceras abdominales hacia el tórax (Roman S, 2014).

Además, como se ha mencionado anteriormente, situaciones en las que se pueda producir un aumento repetitivo de la presión intraabdominal, como ascitis, obesidad, embarazo, vómitos, estreñimiento o tos crónica, entre otros, pueden también contribuir a la formación de hernias hiales. También deformidades esqueléticas como escoliosis, cifosis o pectus excavatum, pueden ser factores predisponentes (Roman S, 2014).

Las hernias paraesofágicas suelen presentarse en pacientes en los que se ha producido un traumatismo toracoabdominal tras un accidente de tráfico o una caída o los que han sufrido una cirugía toracoabdominal previa. La sintomatología puede aparecer meses o incluso años más tarde (Roman S, 2014).

¿Cómo se clasifican?

En líneas generales, hablamos de dos tipos de hernias: hernias por deslizamiento (tipo I) o hernias paraesofágicas (tipo II):

- **Tipo I o hernias por deslizamiento:** se caracteriza por el desplazamiento cefálico de la unión gastroesofágica y el fondo gástrico a través del hiato esofágico hacia el interior del tórax. La mayoría son adquiridas, pero pueden ser congénitas debido a una insuficiencia en los mecanismos de contención. No suelen manifestarse clínicamente y cuando lo hacen es con síntomas de reflujo gastroesofágico (ver [Enfermedad por reflujo gastroesofágico](#)).
- **Tipo II o hernias paraesofágicas:** son aquellas en las que la unión gastroesofágica permanece en su posición normal, por debajo del diafragma y manteniendo su competencia, mientras que una parte del fondo gástrico pasa hacia el tórax a través del hiato y lateralmente al esófago (Kohn GP, 2013; Kahrilas PJ, 2008). También suelen ser asintomáticas, aunque en ocasiones también pueden provocar reflujo y otras complicaciones mecánicas.

Otros autores incluyen en la clasificación dos subtipos de las hernias paraesofágicas:

- **Tipo III o mixta:** se caracteriza por tener características de los dos tipos, es decir, en este caso tanto la unión gastroesofágica como el fondo gástrico se hernian a través del hiato hacia el tórax. El fondo gástrico se va a encontrar por encima de la unión gastroesofágica, a diferencia que las tipo I.

- **Tipo IV o paraesofágica compleja o gigante:** sería aquella en la que se hernia una parte del estómago y otros órganos como por ejemplo intestino delgado, grueso, páncreas o bazo.

Se estima que el 85-95% de las hernias hiatales son de tipo I o deslizantes (Roman S, 2014) (en algunas fuentes hasta el 99% [Kahn AN, 2013]). Las hernias paraesofágicas son poco frecuentes, encontrándose en apenas el 5-15% de la población (Roman S, 2014; Kohn GP, 2013). Dentro de las hernias paraesofágicas, más del 90% son del tipo III o mixtas y el tipo menos común es el tipo II.

¿Cuáles son sus manifestaciones clínicas?

Los síntomas de los pacientes con hernia de hiato suelen ser inespecíficos (Roman S, 2014). La mayoría de las hernias de tipo I o deslizantes son asintomáticas, sin embargo deberían sospecharse en presencia de pirosis, regurgitación o dolor retroesternal. Esta clínica es consecuencia de la incompetencia del esfínter esofágico inferior, aunque sigue siendo incierto si el reflujo es primario o secundario a la hernia hiatal (Kahrilas PJ, 2008). Las complicaciones son raras y frecuentemente están asociadas al reflujo (esofagitis, esófago de Barret, adenocarcinoma esofágico, síntomas de asma, anemia por sangrado crónico, etc.), (ver [manifestaciones clínicas y complicaciones esofágicas del ERGE](#)).

Las hernias de tipo II, III y IV (paraesofágicas), a pesar de que normalmente son también asintomáticas, pueden manifestarse con síntomas inespecíficos e intermitentes tales como náuseas, dolor epigástrico, plenitud postprandial, dolor opresivo retroesternal, dificultad respiratoria postprandial (hernias grandes), saciedad precoz, disfagia por compresión esofágica, etc. Los síntomas asociados a reflujo son mucho menos frecuentes que en las tipo I. Las complicaciones suelen estar asociadas a problemas mecánicos como la obstrucción, isquemia o el vólvulo gástrico. Esta última es la complicación más frecuente, presentándose como un dolor torácico (similar a un infarto de miocardio), dolor epigástrico, náuseas y vómitos (Qureshi WA, 2014; Roman S, 2014).

No existe una evidencia clara de que cuanto mayor sea la hernia más síntomas produzca, de hecho, grandes hernias hiatales pueden ser asintomáticas (Qureshi WA, 2014).

¿Cómo se diagnostica?

Suele ser hallazgo por hallazgo casual. La presencia de síntomas sugestivos típicos suelen orientar a ERGE (ver: [Enfermedad por reflujo gastroesofágico](#)).

No se recomienda la realización sistemática de pruebas diagnósticas en pacientes con sospecha de hernia de hiato. Solamente estarían indicadas en los casos en los que sus resultados puedan modificar el manejo del paciente. Tales como ausencia de respuesta a tratamiento pautado o aquellos con indicación quirúrgica (Kahn AN, 2013; Kohn GP, 2013).

Radiografía de tórax simple AP y lateral: por medio de esta prueba podremos distinguir una imagen redondeada superpuesta a la silueta cardíaca en proyección AP, con o sin nivel hidroaéreo en la zona superior (Kahn AN, 2013). Un nivel de aire retrocardíaco es patognomónico de hernia paraesofágica (Kohn GP, 2013).

En la lateral distinguiremos un aumento de densidad retrocardíaca, anterior a columna vertebral (Rosero MA, 2012).

Estudios de contraste: tránsito esofagogastroduodenal con papilla de Bario: es prueba de elección y la más sensible. Sirve para evaluar el tamaño, localización y características de la hernia (Kohn GP, 2013), siendo una técnica poco compleja y bien tolerada por el paciente.

Endoscopia: indicada en aquellos pacientes que no responden al tratamiento empírico inicial (Saíenz BA, 2012). Es diagnóstico de hernia de hiato el hallazgo de un espacio entre la línea Z y el hiato mayor de 2 cm. También es diagnóstico el hallazgo de pliegues gástricos que ascienden hacia la hernia de hiato a través del hiato atónico.

Tomografía computarizada abdominal: no es una prueba que se realice de forma rutinaria, sin embargo puede estar indicada en pacientes con hernias de hiato complicadas o en el estudio de tumores asociados.

Manometría: detecta alteraciones en función motora del esófago y de sus esfínteres, permite conocer la magnitud de la presión del EEI, la longitud, la calidad de su relajación. También permite localizar el EEI para monitorizar el pH y realizar evaluación preoperatoria (Saíenz BA, 2012).

Otras: la resonancia magnética, ecocardiograma transesofágico y los ultrasonidos endoscópicos pueden estar indicados en situaciones más excepcionales.

Es importante hacer el diagnóstico diferencial con procesos que cursan con síntomas de dolor epigástrico o retroesternal, con RGE o con regurgitación como son: esofagitis, trastornos de motilidad esofágica (como acalasia), o cardiopatía isquémica.

¿Cómo se trata?

El tratamiento de la hernia de hiato consiste en aliviar los posibles síntomas relacionados, así como en algunos casos indicar la cirugía (ver [Enfermedad por reflujo gastroesofágico](#)).

Tratamiento médico

Los síntomas asociados a hernia de hiato que son susceptibles de manejo médico son aquellos debidos a ERGE. Sus objetivos son tratamiento de la clínica, curar la esofagitis y mejorar y prevenir complicaciones.

Las principales modalidades terapéuticas incluyen: modificación en estilo de vida y medidas higiénico-dietéticas desde el comienzo de la clínica, así como tratamiento farmacológico. En este sentido, los fármacos más utilizados, por su potencia y efectividad son los IBP, que deben prescribirse a la dosis mínima eficaz y durante el menos tiempo posible para evitar efectos adversos demostrados a largo plazo. Existe poca evidencia a favor del uso de los procinéticos. En algunos pacientes con síntomas moderados, los antiácidos y los fármacos antagonistas H2 pueden aliviar la acidez postprandial y los síntomas asociados al ERGE (Roman S, 2014) (ver [Enfermedad por reflujo gastroesofágico](#)).

Es necesario derivar a un paciente desde atención primaria si se realiza tratamiento sintomático con IBP y es inefectivo o cuando existan síntomas de alarma que puedan sugerir que tenga una hernia de hiato y que puedan estar relacionados con úlceras, tumores o compresiones de algún tipo (Roman S, 2014).

Tratamiento quirúrgico

En la literatura se evidencia la controversia existente entre el tratamiento médico expectante versus el tratamiento quirúrgico sistemático y respecto a cuál es la opción más adecuada dependiendo de la presencia o no de síntomas (Braghetto I, 2013), pero en lo que todos están de acuerdo es en que la reparación de una hernia de

hiato tipo I es casi siempre innecesaria en ausencia de enfermedad por reflujo gastroesofágico (Kohn GP, 2013).

Indicaciones quirúrgicas:

La mayoría de los autores (Qureshi WA, 2014; Rosero MA, 2012; Kohn GP, 2013) recomiendan tratamiento quirúrgico para todas las hernias de hiato tipo II (paraesofágicas), incluidas las asintomáticas, para evitar complicaciones con aumento de la mortalidad en caso de requerir cirugía urgente.

La intervención programada es recomendable, sobre todo en personas de mayor edad, por su baja mortalidad (2%) (Kohn GP, 2013).

Otras indicaciones quirúrgicas son: hernia de hiato de gran tamaño o complicada, complicaciones asociadas como anemia ferropénica por presencia de erosiones o ulceraciones, esofagitis erosiva grave.

Opciones de tratamiento quirúrgico:

- **Cirugías abiertas:** la más extendida es la funduplicatura total o Nissen. Dentro de las cirugías abiertas es la que más ventajas ofrece: buenos resultados con control de síntomas entre un 88-90% (Rosero MA, 2012). Tiene una baja mortalidad (0.3%) y baja morbilidad (10-14%), con una tasa de reintervención del 2-12% a 10 años.
- **Cirugía laparoscópica:** con las mismas técnicas que en las cirugías abiertas. La técnica más aceptada es la funduplicatura de Nissen laparoscópica.

En general se recomienda la funduplicatura total o Nissen, que puede realizarse por cirugía abierta o laparoscópica. Ésta ofrece la ventaja de tener menor riesgo de mortalidad, menos tiempo de intervención, estancia hospitalaria y de dolor que la abierta (Kohn GP, 2013).

Bibliografía

- Braghetto I, Csendes A, Korn O, Musleh M, Lanzarini E, Saure A, et al. Hernias hiales: ¿cuándo y por qué deben ser operadas? Cir Esp. 2013;91(7):438-43. PubMed [PMID: 23566935](#). [Texto completo](#)
- Burkitt DP, James PA. Low-residue diets and hiatus hernia. Lancet. 1973 Jul 21;2(7821):128-30. PubMed [PMID: 4124047](#)
- Dean C, Etienne D, Carpentier B, Gielecki J, Tubbs RS, Loukas M. Hiatal hernias. Surg Radiol Anat. 2012;34(4):291-9. PubMed [PMID: 22105688](#)
- Fauci A. Harrison principios de medicina interna. 17ª ed. México: Mc Graw Hill Interamericana; 2012. p. 1854. ISBN 9789701067888.
- Kahn AN. Hiatal hernia imaging. Hernia [Internet]. 2013. En: Medscape [acceso 21/9/2015]. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/369510-overview>
- Kahrilas PJ, Kim HC, Pandolfino JE. Approaches to the diagnosis and grading of hiatal hernia. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2008;22(4):601-16. PubMed [PMID: 18656819](#). [Texto completo](#)
- Kohn GP, Price RR, DeMeester SR, Zehetner J, Muensterer OJ, Awad Z, et al.; SAGES Guidelines Committee. Guidelines for the management of hiatal hernia. Surg Endosc. 2013;27(12):4409-28. PubMed [PMID: 24018762](#)
- Lobato Bancalero L, Pérez Lara FJ, Moreno Ruiz FJ, de Luna Díaz R, Doblas Fernández J, Oliva Muñoz H. Causa infrecuente de disfagia en el postoperatorio tardío de la cirugía de la hernia de hiato. Rev Esp Enferm Dig. 2007;99(3):177-8. PubMed [PMID: 17516836](#)
- Qureshi WA. Hiatal Hernia [Internet]. 2014. En: Medscape [acceso 18/9/2015]. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/178393-overview>
- Roman S, Kahrilas PJ. The diagnosis and management of hiatus hernia. BMJ. 2014;349:g6154. PubMed [PMID: 25341679](#)
- Rosero MA, García MA, Rosero E, Sanchís M. Hernia de Hiato. FMC. 2012;19(4):211-20.
- Saínz BA. Hernia hiatal y enfermedad por reflujo gastroesofágico. Conceptos, patogenia, diagnóstico, complicaciones y tratamiento. 2012. [Texto completo](#)
- Weber C, Davis CS, Shankaran V, Fisichella PM. Hiatal hernias: a review of the pathophysiologic theories and implication for research. Surg Endosc. 2011;25(10):3149-53. PubMed [PMID: 21528392](#)

Más en la red

- Roman S, Kahrilas PJ. The diagnosis and management of hiatus hernia. BMJ. 2014;349:g6154. PubMed [PMID: 25341679](#)
- Saínz BA. Hernia hiatal y enfermedad por reflujo gastroesofágico. Conceptos, patogenia, diagnóstico, complicaciones y tratamiento. 2012. [Texto completo](#)
- Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES). Guidelines for the management of hiatal hernia. 2013 [Resumen NGC](#)

Autoras

- Lucía Puga Mosteiro Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria
- Laura López Silva Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Servicio de Atención Primaria. Servicio Galego de Saúde. Lugo. España.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

