

HERNIA DIAFRAGMÁTICA Y SÍNDROMES VASCULARES PERIFÉRICOS

ORLANDO F. LONGO

Córdoba (Argentina)

En 1953 LIAN-SIGUIER-WELTI (1) describen un síndrome en el que la hernia diafragmática, anemia hipocroma y la aparición de trombosis venosas a recaídas es lo más llamativo del cuadro clínico. Posteriormente a esta observación princeps, MARTORELL se ha ocupado en un extenso artículo (2) de la fisiopatología del síndrome en cuestión donde discute el mecanismo causal de la trombosis. Recientemente, POIRIER y PRESSE (3) hacen un comentario completo sobre el mismo tema y difieren substancialmente de la opinión del angiólogo catalán.

En efecto, MARTORELL piensa que la gastroesofagitis juega un rol más importante en la formación de la trombosis que la hernia del diafragma, siempre y cuando el enfermo tenga anemia concomitante, ya que sólo un pequeño número de hernias del diafragma se complican de anemia hipocroma y un número menor con trombosis venosa.

Es interesante anotar que la causa del síndrome es, para el autor, la gastroesofagitis; y es así como la frenicectomía, al producir parálisis del diafragma, consigue aliviar la constricción gastroesofágica por el anillo herniario y hacer desaparecer la sintomatología tanto objetiva como subjetiva.

Por su parte, AMENDOLA (4) la explica diciendo que la parálisis del diafragma restaura el mecanismo normal esofagogástrico en su ángulo agudo que impide el reflujo. En efecto, cuando hay una hernia el cardias se desliza a través del hiato y se produce la desaparición del ángulo de His, con la consecuente regurgitación gastroesofágica. Después de la frenicectomía la parálisis del diafragma permite que el estómago se desplace hacia el tórax siguiendo el músculo paralizado y, tirando hacia abajo del esófago, el cardias recobra su posición permitiendo de tal forma que el ángulo de His se restituya impidiendo el reflujo del contenido gástrico.

En cambio, POIRIER y PRESSE piensan que hemorragias pequeñas y repetidas con su anemia hipocroma concomitante en una hernia son los factores desencadenantes de la trombosis venosa, es decir que recaídas de anemias desencadenan brotes de aumentada coagulación y por ende episodios de tromboflebitis o trombosis.

Personalmente cuento con dos observaciones del síndrome descrito por LIAN y colaboradores, que comento en forma sucinta.

OBSERVACIÓN I. M. de P., 60 años. Acude el 25-VII-60. Refiere la paciente que desde joven sufre de vez en cuando de vómitos biliosos e intolerancia a fritos, guisos, etc., con crisis de jaqueca cada quince días. Al mismo tiempo anemia y episodios flebíticos a repetición en miembro inferior izquierdo.

Los exámenes de rutina de laboratorio demuestran anemia hipocroma y urea elevada. El fondo de ojo está en relación a su edad. El ECG no demuestra alteración alguna.

La colecistografía descubre una litiasis vesicular y el seriograma una hernia de hiato por esófago corto (fig. 1).

Corregida su anemia, y preparada convenientemente, se efectúa colecistectomía (anestesia local). Colangiografía normal (3-VIII-60). El postoperatorio es tranquilo; pero al autorizarla a levantarse, nuevo brote flebítico en miembro inferior izquierdo.

Consulta nuevamente el 25-IX-61 por que la úlcera postflebítica del miembro inferior izquierdo no ha cicatrizado totalmente, apareciendo una varicoflebitis del miembro inferior derecho y anemia. Se indican antianémicos y vendaje. No he tenido más datos de su evolución posterior.

OBSERVACIÓN II. J. J. T., de 41 años, Varón. Refiere que desde hace más de seis años sufre de varices en ambos miembros inferiores, con algún episodio flebítico segmentario. Asimismo acusa molestias gástricas, ardor, pirosis, dolor, etc.

Como las molestias de los miembros inferiores se acentúan, resuelve operarse del miembro inferior derecho. Pero al poco tiempo nota reaparición de sus varices, con nuevos brotes varicoflebiticos. A raíz de ello nos consulta, y se aprovecha su internación para realizar un estudio completo del paciente. La radiografía gastro-duodenal muestra una enorme hernia del hiato (fig. 2) y una diverticulosis colónica (fig. 3). Colecistografía, normal.

Se le propone la corrección de la hernia del diafragma, pero no acepta por razones de trabajo, limitándose a efectuar una ligadura de las varices trombosadas.

Un mes después concurre nuevamente a la consulta por acusar dolor y edema del miembro inferior opuesto que, clínicamente, corresponde a una flebitis. Me limito a efectuar un vendaje con pasta de Unna.

OBSERVACIÓN III. E. G. Acude el 31-X-60. Arteriopatía periférica diagnosticada hace ocho años, apareciendo con el correr del tiempo lesiones de gangrena seca en el pulpejo de ambos dedos medios. Fuma treinta cigarrillos al día. Hace un mes sintió dolor agudo en el hemitórax izquierdo con propagación a ambos brazos. El día anterior a la consulta nuevamente tuvo el dolor referido, con sensación de falta de aire, etc.

Clínicamente, hígado aumentado de tamaño, disminución de los latidos arteriales periféricos, edema de ambas manos. Oscilometría con valores debajo de lo normal.

La radiografía del cuello descarta la presencia de costilla cervical. Pielografía descendente, normal. Fondo de ojo: cruces 2 y 3 (arteriosclerosis incipientes). Las reacciones específicas de la lúes son negativas. El EGG no muestra mayores alteraciones.

Un mes y medio después nueva crisis de dolor que se inicia en el hipocondrio derecho y se propaga a la región precordial. La colecistografía es normal; el estudio gastroduodenal descubre, en cambio, una hernia del diafragma.

El paciente es perdido de vista.

OBSERVACIÓN IV. J. M., de 42 años. Acude el 4-X-61. Disfunción vesicular, que se exterioriza con cefaleas y vómitos. Fuma poco. Desde hace cuatro años nota trastornos circulatorios en las manos, con enfriamiento, sensación de dedo muerto, pérdida de la sensibilidad que se acentúa en los días fríos. Estas mismas molestias las advierte con el tiempo en ambos pies.

El pulso arterial periférico femoral, pedio y radial están disminuidos, con oscilometría de cero en el miembro inferior derecho y de medio en el miembro inferior izquierdo. Lesiones de arsenicismo crónico en ambas manos.

La radiografía del cuello es normal y las reacciones serológicas de la sífilis son negativas. Antiespasmódicos, supresión del tabaco, régimen de alimentación.

Acude el 18-X-63, por que los síntomas referidos se acentúan y son casi permanentes, acotando además cefaleas intensas, vómitos incoercibles de dos a tres días de duración. Las molestias de los miembros no le permiten realizar las tareas habituales de agricultor.

El estudio radiológico muestra un colecistograma normal. El examen gastroduodenal revela una hernia del hiato. En estas condiciones otro colega le propuso una colecistectomía. Pero en una nueva consulta acepta nuestro temperamento de efectuar la simpatectomía lumbar, realizándola al mes.

Concurre en enero de este año, sintiéndose mejorado; aun cuando está advertido de nuevos episodios digestivos, que serán motivo de una operación para corregir su hernia.

Dejo consignado, asimismo, que un hijo de once años tiene manifestaciones parecidas en ambos miembros superiores, quizás imputables al arsenicismo crónico de la zona donde viven.

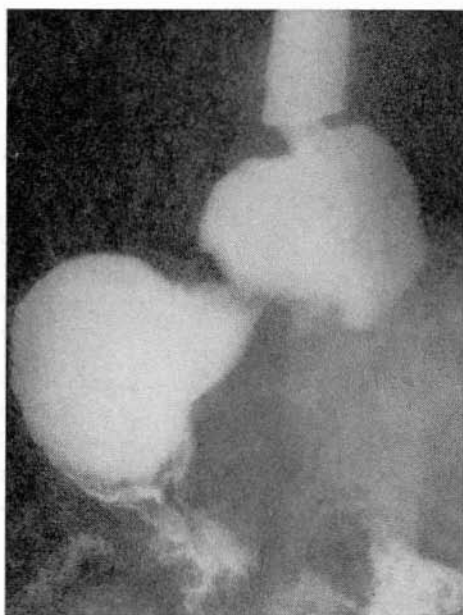


FIG. 1. Caso n.º I. Hernia del hiato.

COMENTARIO

Considero cuatro casos de pacientes con hernia del diafragma, de los cuales dos de ellos (Observaciones I y II) tienen todos los componentes del Síndrome de Lian-Siguier-Welti, agregando al segundo la diverticulosis colónica (Síndrome de Saint incompleto). Los otros dos (Observaciones III y IV) presentan la asociación de tromboangeítis con hernia del hiato.

Creo oportuno recalcar que estos dos últimos enfermos no tenían ninguna característica clínica que permitiera hacer sospechar esta asociación. Pero bueno es recordar que los trastornos digestivos, en afectados de simpatosis, bien puede tener como causa la hernia del hiato; de donde surge la necesidad de un estudio completo de los mismos.

Por otra parte, no he podido realizar la contraprueba en estos dos últimos enfermos de corregir primero la hernia para observar el comportamiento posterior de



FIG. 2. Caso n.º II. Hernia del hiato.



FIG. 3. Caso n.º II. Diverticulosis colónica.

la enfermedad vascular. Pero llamo la atención de estos hechos sin saber si han sido comentados con anterioridad en la literatura médica.

RESUMEN

Comentando el síndrome de Lian-Siguiet-Welti, del cual presenta dos casos, el autor sugiere estudiar los posibles síndromes vasculares periféricos en relación a la presencia de una hernia del hiato esofágico.

SUMMARY

Four cases of diaphragmatic hernia are commented. In two of them hypochromic anemia and venous thrombophlebitis appeared. In the rest peripheral arterial symptoms were present.

BIBLIOGRAFÍA

1. LIAN, C.; SIGUIER, F.; WELTI, J. J.: «Presse Médicale», 1963, 61, 145.
2. MARTORELL, F.: «Angiología», 1962, 14, 121.
3. POIRIER, J. y PRESSE, M.: «Arch. Mal. App. Dig.», 1963, 52, 542.
4. AMENDOLA, F.: «Surg. Gyn. Obstr.», 1955, 101, 378.