

CASO CLINICO

## HERNIA HIATAL TIPO IV GIGANTE: MÁS ALLÁ DEL REFLUJO, UN DESAFÍO PARA EL CIRUJANO

### GIANT TYPE IV HIATAL HERNIA: BEYOND REFLUX, A CHALLENGE FOR THE SURGEON

Kathalina Rodríguez Perdomo<sup>1</sup>, Marcel Leonardo Quintero<sup>2</sup>, Hender Hernández Martínez<sup>3</sup>, María Carolina Estrada Salazar<sup>4</sup>

Recibido: 15 de enero de 2025.

Aprobado: 15 de Marzo de 2025

#### RESUMEN

La hernia hiatal grado IV es una condición poco frecuente caracterizada por la migración intratorácica del estómago junto con otras vísceras abdominales, como colon, bazo o páncreas, a través del hiato esofágico. Presentamos el caso de un paciente con cuadro clínico de larga data de epigastralgia de muy alta intensidad que acudió al servicio de urgencias con exacerbación del caso clínico. Los estudios imagenológicos confirmaron la presencia de una hernia hiatal gigante con compromiso multivisceral. Se realizó una corrección quirúrgica mediante laparoscopia, con reducción del contenido herniado y cirugía antirreflujo gastroesofágico tipo Hill. La evolución postoperatoria fue favorable, con resolución de los síntomas y adecuada tolerancia oral. Este caso resalta la importancia de la sospecha clínica, diagnóstico temprano y el tratamiento quirúrgico oportuno para evitar complicaciones graves como la estrangulación o perforación de los órganos herniados, así como una mejor calidad de vida de los pacientes.

**Palabras clave:** Hernia hiatal, hernia paraesofágica, manejo, reparación de hernia

<sup>1</sup> Médico general, Instituto de Enfermedades del Tórax del Nororiente Colombiano INTÓRAX

<sup>2</sup> Cirujano de Tórax, Instituto de Enfermedades del Tórax del Nororiente Colombiano INTÓRAX, miembro del Comité Departamental de Cáncer de Pulmón de Norte de Santander CDCP, Hospital Universitario Erasmo Meoz

<sup>3</sup> Cirujano gastrointestinal, Servicio de Cirugía Gastrointestinal, Departamento de Cirugía General, Hospital Universitario Erasmo Meoz, Cúcuta, Colombia.

<sup>4</sup> Médico general, Grupo de investigación en cirugía general, Hospital Universitario Erasmo Meoz, Cúcuta, Colombia.

**Cómo citar este artículo:** Quintero-Contreras Marcel , Hernández-Martínez Hender, Estrada-Salazar María, Rodríguez-Perdomo Kathalina. hernia hiatal tipo IV gigante: más allá del reflujo, un desafío para el cirujano, Revista Ciencias Básicas En Salud, 3(1):104-112. Abril 2025, ISSN 2981-5800



## ABSTRACT

Grade IV hiatal hernia is a rare condition characterized by the intrathoracic migration of the stomach along with other abdominal viscera, such as the colon, spleen, or pancreas, through the esophageal hiatus. We present the case of a patient with long-standing symptoms of very severe epigastric pain who presented to the emergency department with exacerbation of the clinical condition. Imaging studies confirmed the presence of a giant hiatal hernia with multivisceral involvement. Surgical correction was performed laparoscopically, with reduction of the herniated contents and Hill-type gastroesophageal reflux disease (GERD). The postoperative course was favorable, with resolution of symptoms and adequate oral tolerance. This case highlights the importance of clinical suspicion, early diagnosis, and timely surgical treatment to prevent serious complications such as strangulation or perforation of herniated organs, as well as improving patient quality of life.

**KEYWORDS:** Hiatal hernia, paraesophageal hernia, management, hernia repair

## INTRODUCCIÓN

Las hernias hiales son una afección común caracterizada por la protrusión del estómago y otras vísceras abdominales hacia el mediastino.<sup>1,2</sup> Su clasificación depende de la gravedad y el número de órganos comprometidos, siendo la tipo IV la más compleja debido al alto riesgo de complicaciones como isquemia, obstrucción o vólvulo.<sup>3,4</sup> El diagnóstico se establece mediante estudios de imagen, incluyendo radiografía con deglución de bario, endoscopia y tomografía computarizada.<sup>3,4,5</sup>

El tratamiento varía según el tipo de hernia, desde el manejo farmacológico en casos leves hasta la intervención quirúrgica en aquellos con compromiso de múltiples órganos abdominales.<sup>4,5</sup> A

continuación, se presenta un caso clínico que ilustra la complejidad quirúrgica de una hernia hiatal tipo IV.

## CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 52 años con antecedente de tuberculosis pulmonar en 2004, que requirió toracostomía bilateral por infección asociada tipo neumonía. Además, cuenta con antecedentes quirúrgicos de salpingectomía parcial y herniorrafia umbilical.

Consulta por un cuadro clínico de larga evolución caracterizado por epigastralgia postprandial de intensidad 10/10 en la escala subjetiva del dolor, irradiado en banda hacia la parte posterior del tórax. Había acudido en múltiples ocasiones al

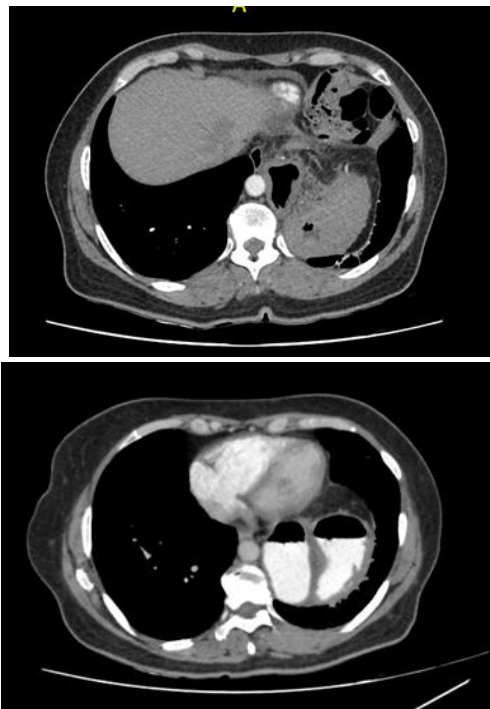
**Cómo citar este artículo:** Quintero-Contreras Marcel , Hernández-Martínez Hender, Estrada-Salazar María, Rodríguez-Perdomo Kathalina. hernia hiatal tipo IV gigante: más allá del reflujo, un desafío para el cirujano, Revista Ciencias Básicas En Salud, 3(1):104-112. Abril 2025, ISSN 2981-5800



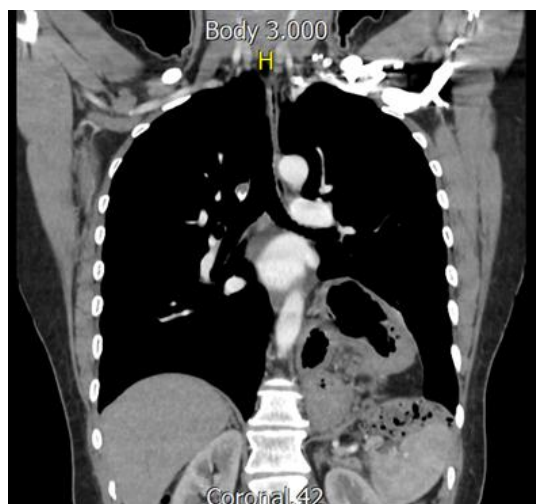
servicio de urgencias sin mejoría clínica ni diagnóstico confirmado.

En los estudios complementarios, la paciente aporta ecografía de abdomen total, que reporta litiasis renal izquierda no obstructiva; endoscopia digestiva alta de 2023 con hallazgo de gastritis crónica linfonodular leve, y colonoscopia que evidencia hemorroides externas e internas grado I. Se realizó además radiografía de colon por enema, la cual muestra áreas de estrechez de la luz con engrosamiento de pliegues anales en colon transverso en segmentos distales.

Finalmente, la tomografía computarizada de abdomen y pelvis realizada en noviembre de 2023 reporta hernia hiatal con estómago traslocado y deslizado al tórax, con inversión de su eje organoaxial, consistente en una hernia por deslizamiento tipo IV, además de un quiste basal izquierdo. (Figura 1 y 2)



**Figura No.1.** Tomografía computarizada de tórax con y sin contraste, corte axial donde se evidencian órganos abdominales a nivel de cavidad torácica.



**Figura No.2.** Tomografía computarizada de abdomen simple, corte coronal donde se evidencian órganos abdominales a nivel de cavidad torácica.

**Cómo citar este artículo:** Quintero-Contreras Marcel , Hernández-Martínez Hender, Estrada-Salazar María, Rodríguez-Perdomo Kathalina. hernia hiatal tipo IV gigante: más allá del reflujo, un desafío para el cirujano, Revista Ciencias Básicas En Salud, 3(1):104-112. Abril 2025, ISSN 2981-5800

Con base en los hallazgos clínicos e imagenológicos, se establece el diagnóstico de hernia hiatal grado IV, con indicación de manejo quirúrgico.

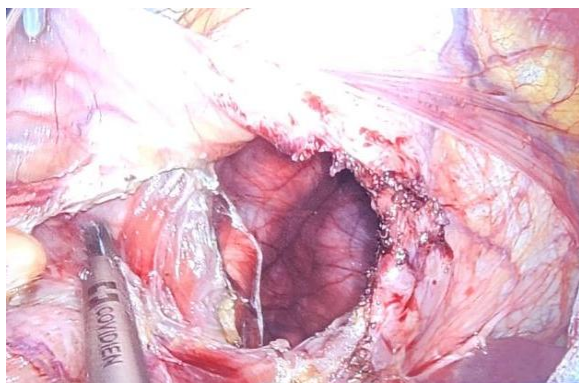
Bajo anestesia general, previa asepsia y antisepsia, se colocaron los campos quirúrgicos y se introdujo un trocar umbilical de 10 mm con insuflación de neumoperitoneo a 15 mmHg. La exploración laparoscópica evidenció una hernia diafragmática izquierda de 8 x 5 cm con epiplón mayor, colon transverso y estómago herniados, además de hipoplasia pulmonar izquierda, sin hernia paraesofágica, pero con múltiples adherencias peritoneales. Se colocaron trocates adicionales: de 12 mm en flanco derecho, flanco izquierdo y a 19 mm del apéndice xifoides (por obesidad), y de 5 mm en epigastrio y subcostal izquierdo. Se realizó apertura de la pars flácida, disección del saco herniario con dificultad hasta identificar el pilar diafragmático derecho, y reducción del contenido herniario tras visualizar el pilar izquierdo, logrando reposicionar el colon transverso, epiplón mayor y estómago en la cavidad abdominal. (Figura 3), Se efectuó toracostomía cerrada izquierda, disección hacia el esófago torácico distal con liberación de adherencias pleurales bilaterales y pericárdicas, así como disección del pilar diafragmático izquierdo y liberación del saco derecho y retro gástrico.(Figura 4) Se realizó exploración, ligadura y tromboectomía de vasos cortos y de la arteria gástrica izquierda accesoria mediante energía

ultrasónica, completando la disección retro gástrica. La reparación del defecto diafragmático se efectuó con sutura en X de Ethibond 00 en cuatro puntos sin complicaciones, seguida de la aproximación de pilares diafragmáticos con un punto adicional del mismo material. Se llevó a cabo la reconstrucción del esfínter gastroesofágico mediante cirugía antirreflujo tipo Hill, con adecuada revisión de hemostasia sin evidenciar hemorragia, secado de la cavidad, buena perfusión gástrica y cierre de puertos sin complicaciones. Se extrajo el neumoperitoneo de forma controlada, se cerró la fascia umbilical con Vicryl 0, los puertos de los flancos y la piel con Prolene 000, confirmándose el conteo completo de gases y material. Finalmente, se dejó Gelfoam en el polo inferior del bazo debido a una pequeña laceración.



**Figura No. 3.** Disección del saco herniario que contenía colon transverso, epiplón mayor y estómago.

**Cómo citar este artículo:** Quintero-Contreras Marcel , Hernández-Martínez Hender, Estrada-Salazar María, Rodríguez-Perdomo Kathalina. hernia hiatal tipo IV gigante: más allá del reflujo, un desafío para el cirujano, Revista Ciencias Básicas En Salud, 3(1):104-112. Abril 2025, ISSN 2981-5800



**Figura No. 4.** Orificio herniario posterior a reducción de su contenido,

## DISCUSIÓN

Las hernias hiatales son una afección frecuente en la población general, caracterizada por la protrusión del estómago y otras vísceras abdominales hacia el mediastino. Se clasifican en cuatro tipos según la gravedad y el número de órganos herniados. Entre los factores de riesgo descritos se incluyen embarazos múltiples, antecedentes de cirugía esofágica o gastrectomía, y trastornos del sistema esquelético asociados con descalcificación y degeneración ósea. Además, existe una estrecha relación con la enfermedad por reflujo gastroesofágico, el esófago de Barrett y el adenocarcinoma de esófago. 1,2

Clínicamente, los pacientes pueden experimentar reflujo gastroesofágico, regurgitación, pirosis, disfagia, dolor epigástrico o torácico y saciedad precoz. 1,2 En nuestro caso el síntoma predominante fue el dolor abdominal en epigastrio y sensación de saciedad precoz.

En cuanto a su clasificación, las hernias hiatales tipo I o deslizantes, que representan más del 90% de los casos, se caracterizan por un ascenso simétrico del estómago, específicamente de la unión gastroesofágica, a través del hiato esofágico y por encima del pilar diafragmático. Las hernias tipo II o paraesofágicas puras ocurren cuando una porción del fondo gástrico protruye a través del hiato diafragmático adyacente al esófago, mientras que la unión gastroesofágica mantiene su posición anatómica normal. El tipo III combina características de los tipos I y II, ya que tanto la unión gastroesofágica como el fondo gástrico se hernian a través del hiato. Finalmente, las hernias tipo IV implican la protrusión de estructuras distintas al estómago hacia la cavidad torácica, como el intestino delgado, colon, epiplón, peritoneo o bazo. La relevancia clínica de las hernias tipo II a IV radica en su potencial para desarrollar complicaciones graves, como isquemia, obstrucción o vólvulo intestinal.<sup>1</sup> En el caso descrito, la hernia hiatal fue clasificada topográficamente como tipo IV, aunque la identificación precisa de los órganos abdominales desplazados hacia la cavidad torácica sólo fue posible durante el acto quirúrgico.

La presencia de hernia hiatales se evidencia con el aumento de edad, con una incidencia entre el 55% y 60% en mayores de 50 años, siendo casi el 9% sintomáticas, así también aumenta en mujeres, lo que puede atribuirse a una

**Cómo citar este artículo:** Quintero-Contreras Marcel , Hernández-Martínez Hender, Estrada-Salazar María, Rodríguez-Perdomo Kathalina. hernia hiatal tipo IV gigante: más allá del reflujo, un desafío para el cirujano, Revista Ciencias Básicas En Salud, 3(1):104-112. Abril 2025, ISSN 2981-5800

exposición a presión intraabdominales durante el embarazo. 3

El diagnóstico de la hernia hiatal se puede realizar a través de distintos métodos de imágenes o pruebas funcionales. La radiografía con deglución de bario puede evaluar el tamaño del estómago herniado y la posición de la unión gastroesofágica. También permite detectar alteraciones de la motilidad esofágica y complicaciones asociadas al reflujo gastroesofágico, aunque su principal limitación es la exposición a la radiación. 1,2,4

La esofagogastroduodenoscopia (EGD) ofrece una evaluación en tiempo real de la mucosa esofágica, gástrica y duodenal, permitiendo la detección de lesiones como esofagitis, úlceras de Cameron y esófago de Barrett. Sin embargo, puede tener dificultades para identificar hernias voluminosas, especialmente aquellas con rotación organoaxial del estómago.1,4

Por otro lado, la manometría esofágica proporciona información clave sobre la motilidad esofágica y permite descartar trastornos como la acalasia antes de una intervención quirúrgica.4 Se considera diagnóstica de hernia hiatal cuando la separación entre el diafragma crural y el esfínter esofágico inferior supera los 2 cm. 1

La prueba de pH, aunque no esencial para el diagnóstico, permite cuantificar la

exposición al reflujo ácido y su correlación con los síntomas del paciente. 1

La tomografía computarizada (TC) no se emplea de rutina, pero es útil en casos de hernia paraesofágica para descartar complicaciones como perforación o neumomediastino. 1 Siendo en este caso el método el cual permitió una adecuada identificación diagnóstica en la paciente.

Para la evaluación preoperatoria, se recomienda la combinación de la radiografía con deglución de bario, la endoscopia y la manometría esofágica, ya que ofrecen una visión integral de la enfermedad y permiten planificar el abordaje quirúrgico de manera más precisa.1

El tratamiento depende de factores como el tamaño, el tipo de hernia hiatal y gravedad de los síntomas. Una hernia hiatal sintomática por lo general se trata del manejo del reflujo gastroesofágico mediante el uso de inhibidores de bomba de protones, modificación de estilos de vida y hábitos alimenticios. 2,4 No obstante, en cuanto a las hernias paraesofágicas que no presentan respuesta al tratamiento farmacológico y en quienes exista riesgo de obstrucción o vólvulo gástrico, la cirugía se convierte en el tratamiento definitivo. 1,2,4

Se debate acerca de los abordajes abdominal o torácico para la reparación de estas hernias. Se considera que el abordaje torácico facilita la disección del

**Cómo citar este artículo:** Quintero-Contreras Marcel , Hernández-Martínez Hender, Estrada-Salazar María, Rodríguez-Perdomo Kathalina. hernia hiatal tipo IV gigante: más allá del reflujo, un desafío para el cirujano, Revista Ciencias Básicas En Salud, 3(1):104-112. Abril 2025, ISSN 2981-5800



saco herniario y su contenido, así como una movilización completa del esófago. 4 Sin embargo, para el presente caso se prefiere el abordaje abdominal.

El manejo de la hernia hiatal tipo IV gigante es un reto para los cirujanos, en el presente caso se requirió una meticulosa técnica laparoscopia para reducir el contenido de la hernia, remover su saco, cerrar el defecto hiatal y adicionalmente agregar un procedimiento antirreflujo.

La guía más reciente para el tratamiento quirúrgico de la hernia hiatal, publicada en 2024 por la Sociedad Americana de Cirujanos Gastrointestinales y Endoscópicos (SAGES), describe las opciones de manejo quirúrgico, que incluyen la reparación de la hernia hiatal con o sin el uso de malla y con o sin funduplicatura. Sin embargo, la evidencia sobre el uso rutinario de malla en la reparación de la hernia hiatal sigue siendo contradictoria. Mientras algunos estudios sugieren que su uso reduce la recurrencia postoperatoria, otros no encuentran diferencias significativas en la tasa de recurrencia ni en la resolución de síntomas, pero sí reportan un mayor riesgo de complicaciones y mayor dificultad en cirugías de revisión. Aunque la evidencia aún es limitada, se ha observado que la colocación de malla durante la reparación primaria de la hernia hiatal podría disminuir las recurrencias tempranas, sin afectar las recurrencias tardías, las complicaciones

o los síntomas postoperatorios. Por otro lado, se ha demostrado que la funduplicatura durante la reparación de la hernia hiatal aumenta la disfagia en el período temprano, pero reduce el reflujo postoperatorio sin modificar el riesgo de recurrencia sintomática. 1,2,4,5

En cuanto al abordaje quirúrgico, la reparación puede realizarse por vía transabdominal o transtorácica, siendo la funduplicatura laparoscópica el estándar para hernias deslizantes y paraesofágicas. La funduplicatura de Nissen (360°) es la técnica preferida, excepto en casos de dismotilidad esofágica, donde se opta por la de Toupet (270°). La cirugía laparoscópica ofrece múltiples ventajas, como menor estancia hospitalaria, recuperación más rápida y menos complicaciones pulmonares, aunque presenta limitaciones técnicas como visión bidimensional y menor movilidad de los instrumentos. 1,2,4,5

El uso de malla en la reparación de hernias paraesofágicas sigue siendo un tema controvertido. Aunque algunos estudios muestran una reducción en la recurrencia con refuerzo de malla, tanto sintética como biológica, la SAGES aún no establece una recomendación definitiva debido a la falta de datos a largo plazo. La malla sintética ha sido relacionada con complicaciones como erosión esofágica y estenosis, mientras que el beneficio del refuerzo con malla biológica parece disminuir con el tiempo.

**Cómo citar este artículo:** Quintero-Contreras Marcel , Hernández-Martínez Hender, Estrada-Salazar María, Rodríguez-Perdomo Kathalina. hernia hiatal tipo IV gigante: más allá del reflujo, un desafío para el cirujano, Revista Ciencias Básicas En Salud, 3(1):104-112. Abril 2025, ISSN 2981-5800



Se requieren más investigaciones para definir su papel en la reparación de estas hernias. 1,2,4,5

El éxito de la reparación quirúrgica se mide a través del alivio de los síntomas en los pacientes, en especial la mejoría del reflujo gastroesofágico y la pirosis. Así también, se reportan muy bajas complicaciones en menos del 0,19% de los casos, de las cuales se pueden derivar neumotórax, lesiones gastroesofágicas, hepato esplénicas y disfagia. 4,5,6,7

## CONCLUSIONES

La paciente presentó un cuadro clínico prolongado con múltiples consultas sin diagnóstico definitivo, lo que resalta la importancia de una evaluación integral mediante estudios de imagen adecuados. La tomografía computarizada fue clave para confirmar el diagnóstico de una hernia hiatal tipo IV con traslocación del estómago y otros órganos, evidenciando la utilidad de este método en casos complejos.

En concordancia con la literatura la identificación y reducción cuidadosa del contenido herniario, la reconstrucción del esfínter gastroesofágico y la reparación del defecto diafragmático fueron fundamentales para el éxito del procedimiento y la prevención de complicaciones.

Aunque el manejo de las hernias hiales puede ser conservador en casos leves,

**Cómo citar este artículo:** Quintero-Contreras Marcel , Hernández-Martínez Hender, Estrada-Salazar María, Rodríguez-Perdomo Kathalina. hernia hiatal tipo IV gigante: más allá del reflujo, un desafío para el cirujano, Revista Ciencias Básicas En Salud, 3(1):104-112. Abril 2025, ISSN 2981-5800

el tratamiento quirúrgico es indispensable en hernias de gran tamaño o con riesgo de complicaciones graves como vólvulo, isquemia u obstrucción. En este caso, la cirugía permitió restaurar la anatomía normal y mejorar la sintomatología de la paciente, demostrando que la intervención temprana en casos avanzados puede optimizar los resultados clínicos y prevenir recurrencias.

## REFERENCIAS

1. Sfara A, Dumitrascu DL. The management of hiatal hernia: an update on diagnosis and treatment. Med Pharm Rep. 2019 Oct;92(4):321-325. doi: 10.15386/mpr-1323. Epub 2019 Oct 25. PMID: 31750430; PMCID: PMC6853045.
2. Daly, Shaun et al. "SAGES guidelines for the surgical treatment of hiatal hernias." Surgical endoscopy vol. 38,9 (2024): 4765-4775. doi:10.1007/s00464-024-11092-3
3. Smith, Ryan E., et al. "Hiatal Hernia." StatPearls, StatPearls Publishing, 17 July 2024.
4. Hanna, Nader M et al. "Management of symptomatic, asymptomatic, and recurrent hiatal hernia: a systematic review and meta-analysis." Surgical endoscopy vol. 38,6 (2024): 2917-2938. doi:10.1007/s00464-024-10816-9





5. Villegas-Talavera, Jesus, et al. "Hernia paraesofágica tipo IV gigante: presentación de un caso y revisión de la literatura." *Rev Med Hosp Gen Mex* 75.1 (2012): 37-40.

6. ALCÁZAR, MM Díaz; MALDONADO, Alicia Martín Lagos; ESCOLANO, E. Ruiz. Hernia de hiato con asas de colon en saco herniario. *Revista andaluza de patología digestiva*, 2019, vol. 42, no 2, p. 80-82.

7. El-Magd, E-SA, et al. "Impact of laparoscopic repair on type III/IV giant paraesophageal hernias: a single-center experience." *Hernia* 27.6 (2023): 1555-1570.

**Cómo citar este artículo:** Quintero-Contreras Marcel , Hernández-Martínez Hender, Estrada-Salazar María, Rodríguez-Perdomo Kathalina. hernia hiatal tipo IV gigante: más allá del reflujo, un desafío para el cirujano, *Revista Ciencias Básicas En Salud*, 3(1):104-112. Abril 2025, ISSN 2981-5800

