



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

LA ANEMIA DE LA HERNIA HIATAL DEL ESTOMAGO

Tesis de Doctorado de

Josefina Scaro

Año 1948



AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

Sr. Interventor:

Dr. CARLOS I. RIVAS

Sr. Srío. de la Intervención:

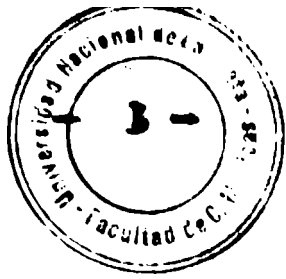
Dr. VICTOR M. ARROYO

Sr. Pro-Secretario:

Sr. ENRIQUE I. ROSSI

Guarda Sellos:

Dr. FAUSTINO J. LEGON



**AUTORIDADES DE LA FACULTAD
DE CIENCIAS MEDICAS**

Sr. Delegado Interventor:

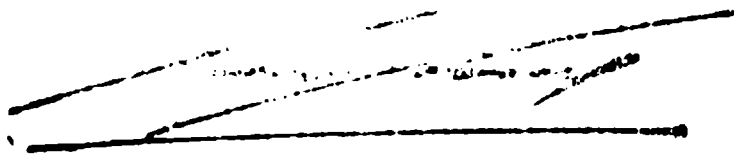
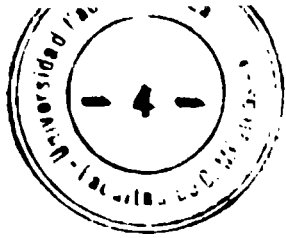
Dr. VICENTE H. CICARDO

Sr. Secretario:

Dr. HECTOR J. BASSO

Pro-Secretario:

Sr. RAFAEL G. ROSA



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Profesores Honorarios

Dr. Ameghino Arturo

" Rophille Carlos

" Greco Nicolás V.

" Soto Mario L.

Profesores Titulares

Dr. Argüello Diego M.- Cl. Oftalmológica

" Baldassarre Enrique C.- F.F. y T. Terapéutica

" Bianchi Andrés E.- Anatomía y F. Patológicas

" Caeiro José A.- Patología Quirúrgica

" Canestrí Inocencio F.- Medicina Operatoria

" Carratalá Rogelio.- Toxicología

" Carreño Carlos V.- Higiene Médica y Preventiva

" Christmann Federico E.- Cl. Quirúrgica

" Ciarro Vicente H.- Física Biológica

" D'Ovidio Francisco R.- Pat. y Cl. de la Tuberculosis

" Errecart Pedro L.- Cl. Otorrinolaringológica

" Floriani Carlos.- Parasitología

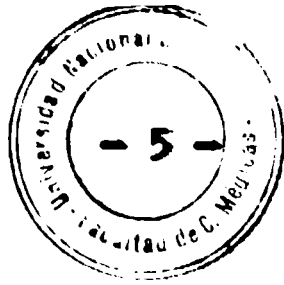
" Gascón Alberto.- Fisiología

" Gandolfo Herrera Roberto.- Cl. Ginecológica

" Girardi Valentín C.- Ortopedia y Traumatología

" González Hernán D.- Cl. de Enf. Infecciosas y P. T.

" Irigoyen Luis.- Embriología e H. Normal.



- Dr. Lambre Rómulo R.- Anatomía Descriptiva
- " Lyonnet Julio H.- Anatomía Topográfica
 - " Loudet Osvaldo.- Cl. Psiquiátrica
 - " Maciel Crespo Fidel A.- Semiología y Cl. Propedéutica
 - " Manso Soto Alberto E.- Microbiología
 - " Martínez Diego J.J.- Patología Médica - IIa. Cátedra
 - " Mazzei Egidio S.- Clínica Médica
 - " Montenegro Antonio.- Cl. Genitourológica
 - " Monteverde Victorio.- Cl. Obstétrica N. y P.
 - " Obiglio Julio R.- Medicina Legal y D. Médica
 - " Othaz Ernesto L.- Cl. Dermatosifilográfica
 - " Rivas Carlos I.- Cl. Quirúrgica Ia. Cátedra
 - " Rossi Rodolfo.- Clínica Médica
 - " Sepich Marcelino J.- Cl. Neurológica
 - " Stoppani Andrés O.M.- Química Biológica
 - " Uslenghi José P.- Radiología y Fisioterapia

Profesores Titulares Interinos

- Dr. Corazzi Eduardo S.- Patología Médica - Ia. Cátedra
- " Cervini Pascual R.- Cl. Pediátrica y Puericultura

Profesores Adjuntos

- Dr. Aguilar Giraldes Delio J.R.- Cl. Pediát. y Puericult.
- " Acevedo Benigno S.- Química Biológica
 - " Andrieu Luciano M.- Clínica Médica
 - " Bach Víctor A. E.- Cl. Quirúrgica
 - " Baglietto Luis A.- Medicina Operatoria
 - " Baila Mario Raúl.- Clínica Médica
 - " Bellingi José .- Pat. y Cl. de la Tuberculosis



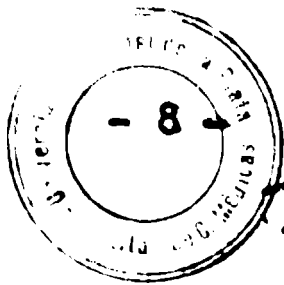
Dr. Bigatti Alberto.- Cl. Dermatosifilográfica

- * Briasco Flavio J.- Cl. Pediatría y Puericultura
-
- * Carri Enrique L.- Parasitología
- * Caselli Eduardo G.- Cl. Pediatría y Puericultura
- * Castillo Odena Isidoro.- Ortopedia y Traumatología
- * Calzetta Raúl V.- Semiología y Cl. Propedéutica
- * Ciafardo Roberto.- Cl. Psiquiátrica
- * Conti Alcidez L.- Cl. Dermatosifilográfica
- * Castedo César.- Cl. Neurológica
- * Correa Bustos Horacio.- Cl. Oftalmológica
- * Curcio Francisco I.- Cl. Neurológica
- * Chescotta Néstor A.- Anatomía Descriptiva
- * Dal Lago Héctor.- Ortopedia y Traumatología
- * Dragonetti Arturo R.- Higiene Médica y Preventiva
- * De Lena Rogelio.- Higiene y Medicina Social
-
- * Dussaut Alejandro.- Medicina Operatoria
- * Echave Dionisio.- Química Biológica
- * Fernandez Audicio Julio César.- Cl. Ginecológica
- * García Olivera Miguel Angel.- Medicina Legal y D. Médica
- * Garibotto Román C.- Patología Médica
-
- * Giglio Irma Colón de.- Cl. Oftalmológica
-
- * Giroto Rodolfo O.- Cl. Genitourológica
- * Gotusso Guillermo O.- Cl. Neurológica
- * Guixa Héctor Luico.- Cl. Ginecológica
-
- * Ingrata Ricardo N.- Cl. Obstétrica N. y P.
-
- * Iascano Eduardo F.- Anatomía y F. Patológica
-
- * Logascio Juan.- Patología Médica



Dr. Lasa Julio César.- Higiene Médica y Preventiva

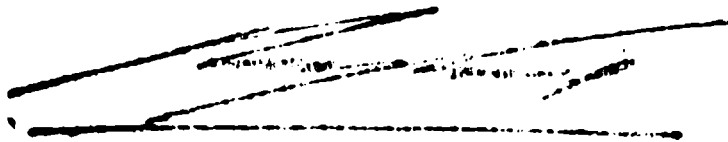
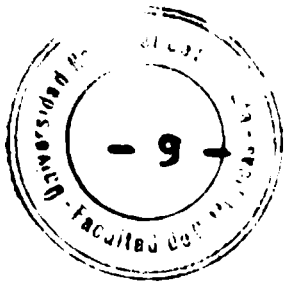
- **Lozano Federico S.- Clínica Médica**
- **Manguel Mauricio.- Clínica Médica**
- **Matusevich José.- Cl. Otorrinolaringológica**
- **Marini Luis C.- Microbiología**
- **Martínez Joaquín D. A.- Semiología y Cl. Propedéutica**
- **Meilij Elias.- Pat. y Cl. de la Tuberculosis**
- **Michelini Raúl T.- Cl. Quirúrgica**
- **Morano Brandi José F. Pediatría y Puericultura**
- **Nacif Victorio.- Radiología y Fisioterapia**
- **Naveiro Rodolfo.- Patología Quirúrgica**
- **Negrete Daniel H.- Pat. y Cl. de la Tuberculosis**
- **Pereira Roberto F.- Cl. Oftalmológica**
- **Prini Abel.- Cl. Otorrinolaringológica**
- **Prieto Herberto Elías.- Embriología e H. Normal**
- **Polizza Amleto.- Medicina Operatoria**
- **Ruera Juan.- Patología Médica**
- **Sanchez Héctor J.- Patología Quirúrgica**
- **Taylor Gorstiaga Diego J.J.- Cl. Obstétrica N. y P.**
- **Tau Ramón.- Semiología y Cl. Propedéutica**
- **Tolosa Edmundo E.- Cl. Otorrinolaringológica**
- **Tropeano Antonio.- Microbiología**
- **Trinca Saúl E.- Cl. Quirúrgica**
- **Torres Manuel M. del C.- Cl. Obstétrica N. y P.**
- **Vázquez Pedro C.- Patología Médica**
- **Vanni Edmundo O. F. U.- Semiología y Cl. Propedéutica**
- **Votta Enrique A.- Patología Quirúrgica**
- **Zatti Herminio L. H.- Cl. de Enf. Inf. y P. T.**
- **Zabludovich Salomón.- Clínica Médica**



P A D R I N O D E T E S I S

Dr. MANUEL ESTIU

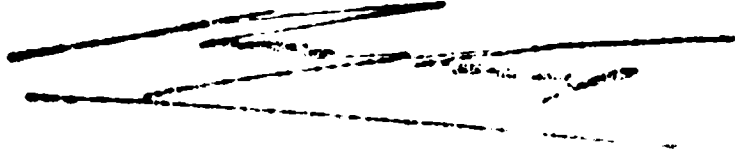
Jefe del Servicio de Clínica
Médica del Pabellón de Clínica
Médica y Cirugía del Hospital
Policlínico de La Plata.



A la memoria:

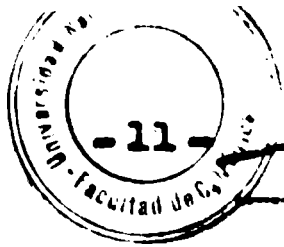
de mis padres.-

A mis hermanos.-



Al Dr. Manuel Estiú: agradezco sus consejos y enseñanzas, que me permitieron la realización de éste trabajo de tesis.-

Mi mayor reconocimiento al Dr. Aquiles H. Rossi quién me sugirió el tema y colaboró eficazmente en su realización.-

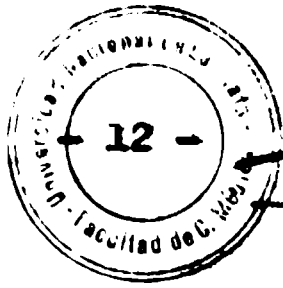


LA ANEMIA DE LA HERNIA HIATAL DEL ESTOMAGO

I - Consideraciones previas

Los errores de diagnóstico que origina la hernia hiatal del estómago se deben a que no se piensa en ella en razón de su relativa poca frecuencia; pero sobre todo al polimorfismo de sus manifestaciones clínicas, manifestaciones que simulan padecimientos múltiples en particular cardiopáticos, respiratorios o de distintos sectores abdominales. Recorriendo la bibliografía se advierte con qué frecuencia no se la reconoce. Cuadros engañosos desorientan el diagnóstico. Así vemos, por ejemplo, que Co-ssio y Fustinoni (1) publican cinco casos que habían sido diagnosticados de angina de pecho o infarto del miocardio. En la serie de cuarenta y siete casos estudiados por Polley (2) se consignan como diagnósticos erróneos hechos con anterioridad: enfermedad cardíaca, colecistitis, úlcera gastroduodenal, cáncer, bronquitis, etc.- Kitvo, citado por Vilaseca Sabater (3), refiere que a tres de diez y seis enfermos se les había extirpado la vesícula; a dos el apéndice; un paciente fué operado tres veces (apendicectomía, colecistectomía, adherencias).

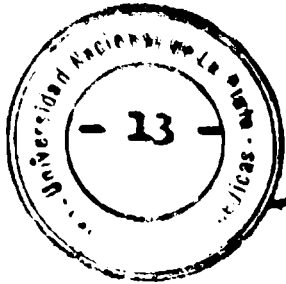
Como el error diagnóstico lleva al consiguiente error terapéutico, aquí también para esta afección habrá



que recordar el consejo clínico de siempre: pensar en ella para diagnosticarla ya que ninguno de sus diferentes aspectos sintomáticos parecen tener suficiente significación diagnóstica para individualizarla. Sin embargo Coman (4) dice que la presentación postprandial de un cuadro anginoso sin evidencia de afección cardíaca; una larga historia de leve disfagia; la larga data de trastornos gástricos sin progresividad evolutiva; síntomas de filiación colecistítica de presentación después de las comidas e inducidos por el decúbito, sugerirían la posibilidad de su existencia.

Respecto de los errores en que amenudo se incurre, cabe señalar que aquellos procesos simulados por la sintomatología múltiple de la hernia hiatal pueden, en ocasiones, coexistir realmente con ella. En este sentido, y aunque ello nos demore entrar en materia de este trabajo, es digno de relatarse, aunque sea muy suscintamente, una de nuestras observaciones:

Historia clínica número 5485. Enferma de 65 años con tres años de enfermedad actual caracterizada por episodios de hipochondralgia derecha y trastornos gástricos. Cuando ingresa tiene discreta subictericia. Región subcostal derecha dolorosa. Cristales de colestérina y pus en bilis B. Aquilia histamino-sensible. Se la interviene en agosto 24 de 1946 con el diagnóstico de colecistitis crónica. En la operación (realizada por el Prof. Dr. Christmann) se encuentra

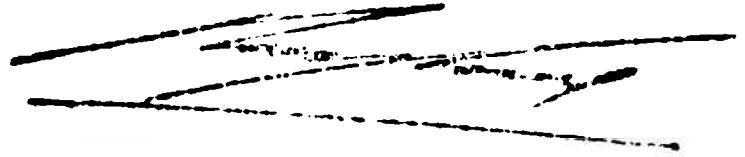


una colecistitis litiásica con un pequeño cálculo en el cístico y otro en el colédoco.

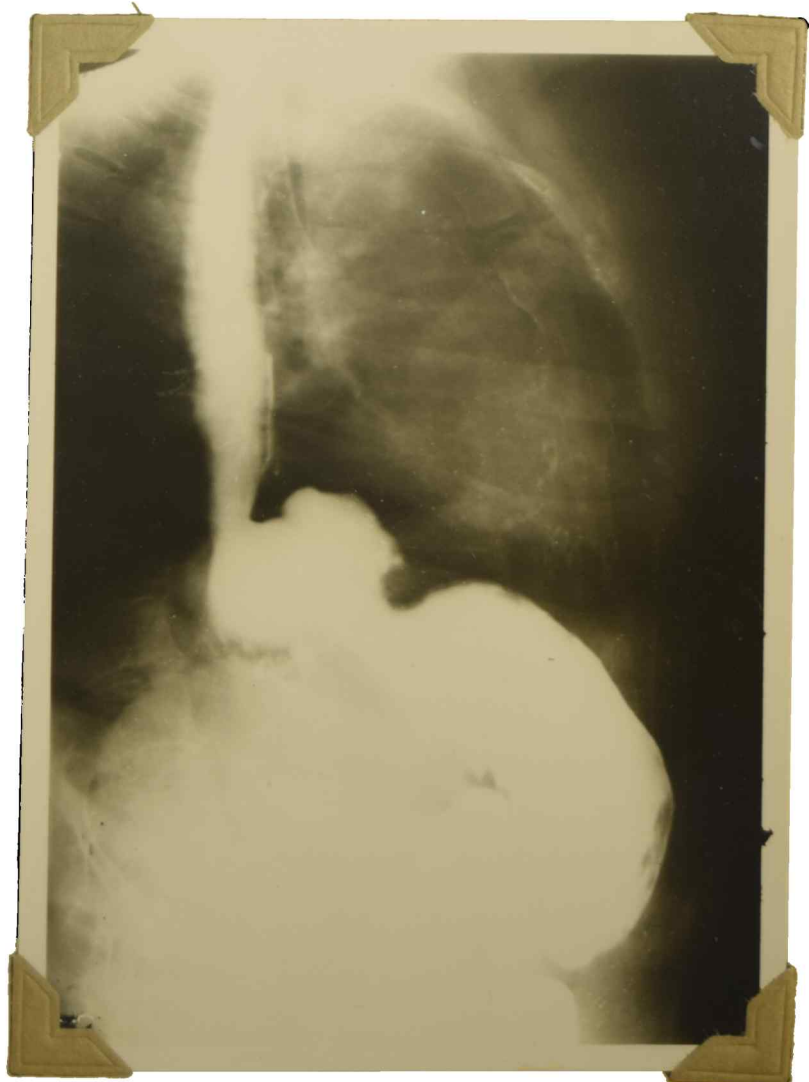
El estudio radiográfico practicado antes de la operación (ver radiografía núm. 1 - 2 - 3) revela hernia gástrica por el hiatus esofágico por esófago corto; situación verificada operatoriamente .



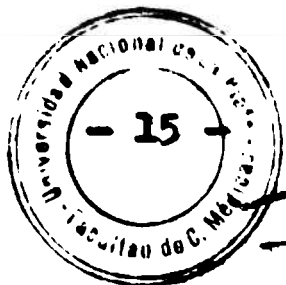
Radiografía N° 1.-



Radiog. N° 2



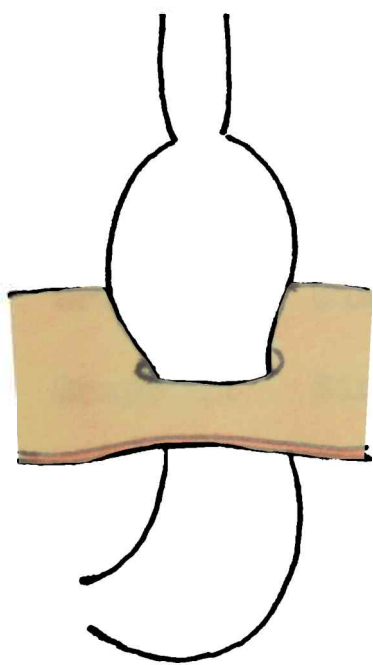
Radiograf. N° 3.



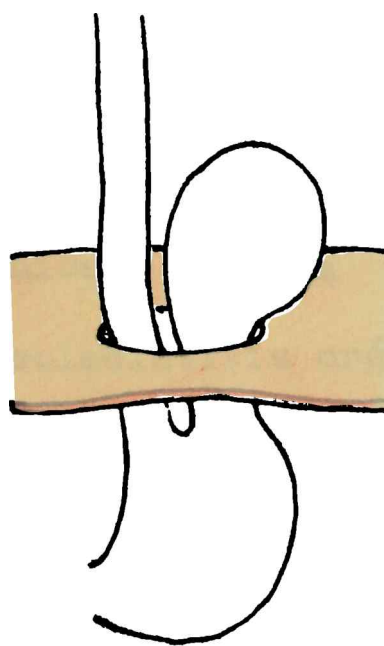
2 - Breve reseña clínico-radiológica

No obstante considerarse en este trabajo uno de los aspectos clínicos con que puede presentarse la hernia hiatal del estómago, cual es la anemia, recordaremos brevemente la clasificación de Akerlung, mencionada en la mayoría de las publicaciones sobre el tema, y la agrupación sintomatológica de Cowan.

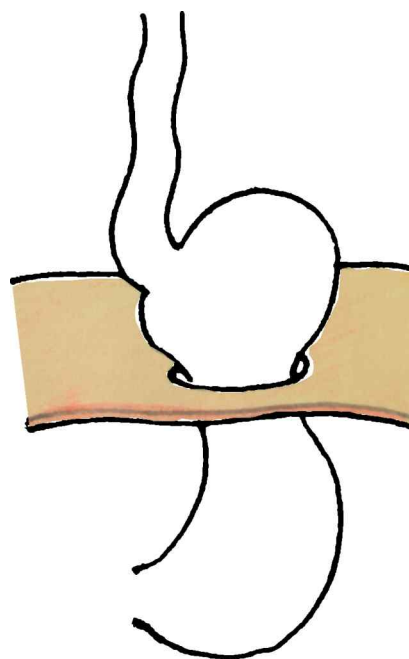
Akerlung distingue tres tipos de hernia: Tipo I, Tipo II y Tipo III. Los esquematizamos a continuación consignándose sus principales caracteres.



Tipo I

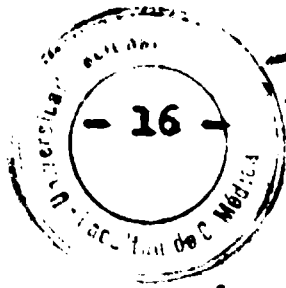


Tipo II



Tipo III

Tipo I. Esófago corto congénito. Esófago de trayecto recto. Se trata en realidad de una ectopía gástrica ligada a una detención en el desarrollo longitudinal del esófago. La porción suprafrénica del estómago nunca ocupó la cavidad abdominal.



Tipo II. Hernia paraesofágica de Harrington. El esófago no está incluído en la hernia. Cardias infrafrénico.

Tipo III. El segmento abdominal del esófago está incluído en la hernia. Cardias suprafrénico.

Para los Tipos II y III actuarían los siguientes factores (según Akerlung citado por Cowan): insuficiencia de las fibras musculares del hiatus; reducción de la cantidad de tejido grado a nivel del anillo hiatal; relajación del tejido conectivo entre el esófago y peritoneo como consecuencia de repetidos cambios en la tensión intra-abdominal; aumento de la presión del abdomen y aumento de la negatividad intratorácica (tos crónica, vómitos reiterados, etc.).

La agrupación clínica que hace Cowan de acuerdo a su serie de cuarenta y cinco casos es la siguiente:

- Grupo I Simulan úlcera péptica**
- Grupo II Simulan colecistitis crónica**
- Grupo III Simulan angina de pecho**
- Grupo IV Disfagia con leve obstrucción**
- Grupo V Obstrucción completa o extrangulación**
- Grupo VI Anemia secundaria**
- Grupo VII Asintomático.**

3 - La anemia

El cuadro anémico es a veces el de mayor relieve clínico. Como puede no existir ningun otro elemento que oriente hacia el origen digestivo o abdominal de la anemia,



su verdadera causa podrá quedar ignorada. En ocasiones a este aspecto anémico se asocian trastornos gástricos que sugieren la posibilidad de una neoplasia digestiva. Esta modalidad resalta en el caso publicado por Cain, Cattan y Claisse (5) de un enfermo de 55 años con una anemia de 1.900.000 glóbulos rojos. La coexistencia de trastornos gástricos hacen sospechar un neoplasma. El exámen radiológico revela hernia diafragmática del estómago y ausencia de todo otro proceso. Situación análoga planteó uno de los casos que relataremos más adelante. A veces la misma radiografía puede hacer pensar en neoplasia por modificaciones en el relleno de la gran tuberosidad del estómago cuando la bolsa gástrica suprafrénica no se visualiza por no pasar la substancia opaca hacia la porción herniada.

Esta forma anémica de la hernia hiatal debe tenerse también presente e incluirla en el gran grupo de los síndromes hemodigestivos o más particularmente de las anemias gastropáticas para que ante el caso se la reconozca y el diagnóstico no resulte solo del hallazgo casual de un exámen radiológico.

La vinculación patogénica entre anemia y hernia diafragmática del estómago existe realmente. Son numerosos los casos observados y hay razones para que no se trate de una simple coincidencia. Pero desde luego que habrá que deslindarla de toda otra anemia que, respondiendo a razones etiológicas diferentes, coexista con hernia del hiatus no



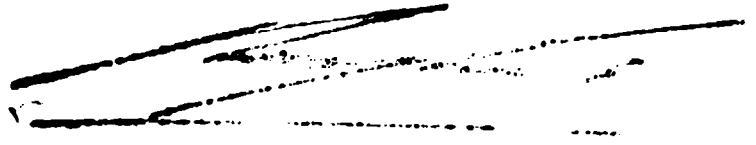
anemizante por si misma. Es claro que esta separación no siempre será fácil. En determinadas situaciones clínicas quedará planteada la duda; por ejemplo cuando hay anemia por pérdida hemática con hernia hiatal del estómago y úlcera gastroduodenal simultánea. Asociaciones de esta naturaleza se han observado y se refieren en la bibliografía. Así Murphy y Hay (6) citan casos con anemia perniciosa, úlcera, carcinoma.

Esta anemia herniaria es motivo de publicaciones en la bibliografía extranjera (2) (3) (4) (5) (6) (7). En la bibliografía nacional se le dedica algunos trabajos aislados (8) (9); y en los muchos casos de hernia gástrica publicados y estudiados desde otros puntos de vista (Castex, Maggi y Stocker; Cossio y Fustinoni; Resano y Rodas; Brea, Pángaro y Santas; Richieri y D'Alotto; Fasce y Torres; Romano, Garré y Tarradillas) se ve que algunos de ellos tienen anemia de distinto grado.

La circunstancia de conocer dos casos observados en el Servicio de Clínica Médica del Doctor Manuel Estiú Salas IX y X del Hospital Policlínico de La Plata - (al que también corresponde el caso relatado anteriormente) nos ha decidido a tomarlos como tema de esta tesis. Dichos dos casos se relatan a continuación resumidamente.

4 - Casuística

Caso número 1. Historia clínica núm. 5525. M. de B. 73



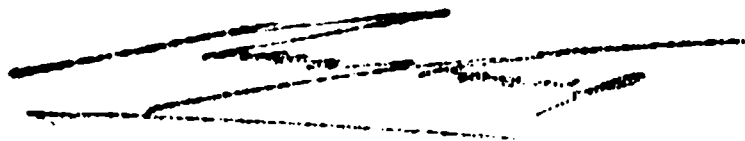
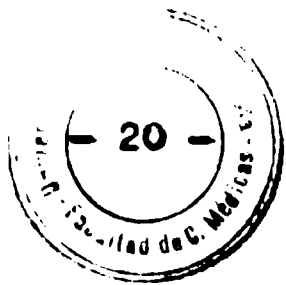
años de edad. Española. Ingresó al Servicio en Agosto de 1946 por episodios lipotímicos recidivantes.

Antecedentes Hereditarios y Familiares. Sin importancia.

Antecedentes Personales. Ignora datos relativos a su pasado infantil. Menopausia precoz a los 30 años. Matrimonio a los 23. Una única hija. Se mantuvo en buenas condiciones hasta antes de su padecimiento actual.

Enfermedad Actual. Cuatro y medio años de evolución. Se caracteriza por mareos seguidos de náuseas y a veces vómitos alimenticios; trastornos de presentación discontinua. Varias veces, a continuación de estos mareos, pérdida momentánea del conocimiento, de solo minutos de duración, sin secuelas. Desde hace unos seis meses: disminución franca del apetito, decaimiento general, frecuentes cefaleas a localización frontal y parestesias en ambos miembros inferiores. Ultimamente disnea y edematización de ambas piernas sin modificaciones en el ritmo de las eliminaciones urinarias. En el curso de los dos últimos meses ha notado, en tres ocasiones, deposiciones alquitranadas. También se ha notado pálida sin poder establecer desde cuándo. La encuesta dietética revela que su alimentación es deficitaria en verduras frescas y proteínas animales.

Estado Actual. Tipo constitucional brevilíneo. Talla 1,47 m.- Peso actual 62 kilos. Acentuada palidez de piel y mucosas. Edema en dorso de pié y pretibial más acentuado en lado izquierdo. Sistema piloso, huesos y articulaciones,



regiones ganglionares: nada digno de mención.

Cabeza y cuello. Edentición total. Lengua saburral. Fauces libres. Motricidad óculopalpebral y reflejos pupilares conservados. Cuello corto con latidos. No ingurgitación de las yugulares.

Aparato Respiratorio. Tórax simétrico con acentuación de la curvatura dorsal y de elasticidad disminuída. Campos pulmonares libres a la palpación, percusión y auscultación.

Aparato Circulatorio. Pulso 90 de frecuencia, regular.

Presión arterial Mx. 13 - Mn. 7. Discreto timpanismo del segundo tono en foco aórtico. No se auscultan soplos.

Abdómen simétrico, poco globuloso y sin particularidades a la palpación, superficial y profunda.

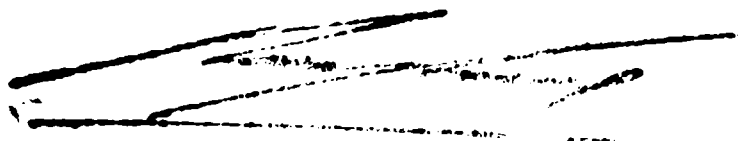
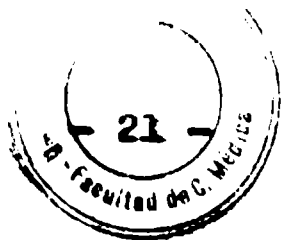
Sistema Nervioso. Motricidad, sensibilidad, reflectividad y trefismo conservados. Pantorrillas dolorosas a la presión.

Exámenes Complementarios. Urea en sangre 0,30 grs. por mil.

Glucemia 1,00 grs. por mil. Análisis de orina normal. Hemograma (Agosto 22 de 1946)

Glóbulos rojos	2.800.000	Eosínóf.	0,5 ‰	En Cayado	0,00
Glóbulos blancos	5.950	Basófil.	3,5	Adultos	62,5
Hemoglobina	26 ‰	Mieloc.	0,0	Linfoc.	25,5
Valor Globular	0,46	Juveniles	0,0	Monoc.	8,0

Anisocitosis, anisocromía, discreta poiquilocitosis. Reticulocitos 21 por mil. Valor hematocrito: volúmen globular 17,50 ‰ - volúmen plasmático 82,50 ‰. Índice colorimétrico



0,53. Índice volumétrico 0,76. Índice de saturación 0,69.

Tiempos de coagulación y de sangría normales. Investigación de sangre en materias fecales negativa.

Quimismo Gástrico (Test Basal):

Tiempo	Cantidad	Acidez Clorhídrica
15 minutos	6 cc.	1,02
30	6 cc.	1,39
45	4 cc.	1,31
60	8 cc.	0,36

Radiografía de estómago (Agosto 23-1946). Hernia hiatal del estómago. Esófago corto. (Radiografías núm. 4 y 5).

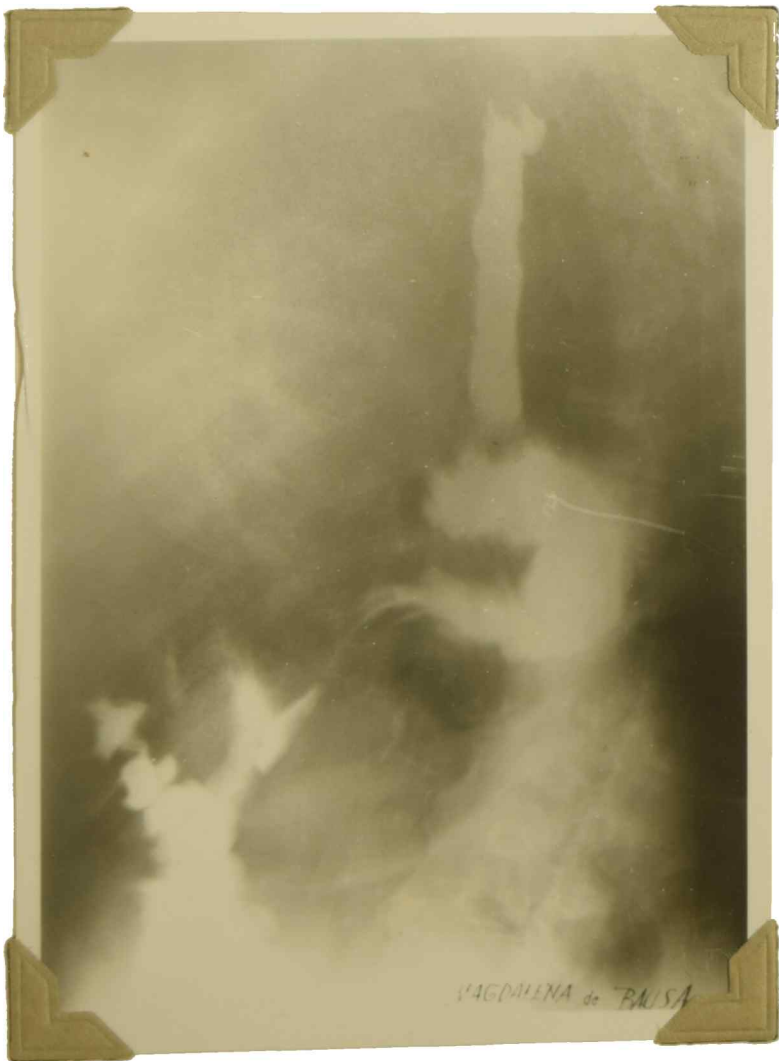
Tratamiento. Regimen alimenticio, hierro, vitaminas, hepatoterapia. Evolución terapéutica del cuadro hemático.

Fecha	Set.10-1946	Set.18-1946	Oct.1-1946	Oct.14-1946
Eritroc.	3.240.000	3.560.000	3.780.000	4.040.000
Leucoc.	5.050	4.200	3.500	4.800
Hemoglob.	27 %	50 %	56 %	63 %
Valor Glob.	0,42	0,70	0,74	0,78
Eosinóf.	2	8,5	4,5	8
Basófilos	2	2,5	1,5	2,5
Mieloc.	-	-	-	-
Juveniles	-	0,5	0,5	-
En cayado	-	0,5	0,5	-
Adultos	73,5	47	49,5	55
Linfocit.	15,5	36	31	27,5
Monocit.	7	5	13	6,5

Resumen del caso. Enferma de 73 años con marcada anemia

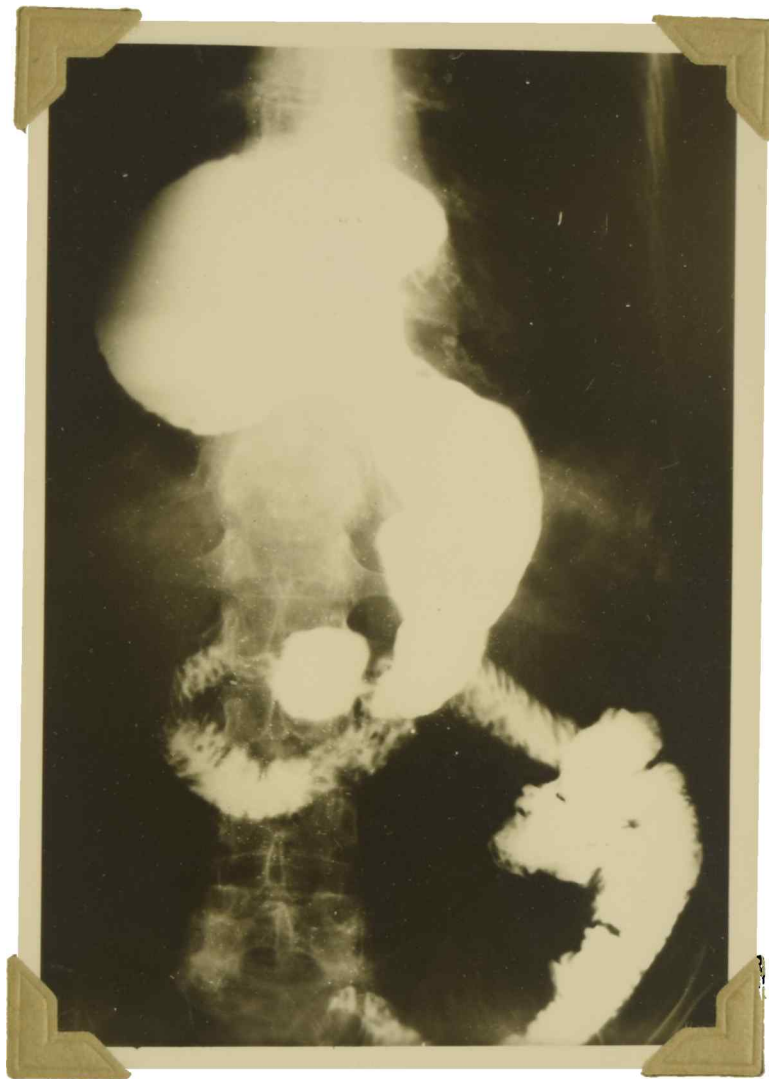
hipocrómica determinante de episodios de claudicación cor-

tical. La melena antecedente, la edad, el síndrome dispéptico con afectación del estado general, hacen pensar en neoplasia gástrica. La exploración radiológica y demás exámenes complementarios revelan una hernia gástrica por el hiatus esofágico, Tipo I, y ausencia de todo otro proceso. La ulterior evolución con hemograma normalizado en el curso de dos meses previo tratamiento con hierro fundamentalmente, permiten confirmar el carácter secundario, por pérdida, de la anemia hipocrómica.

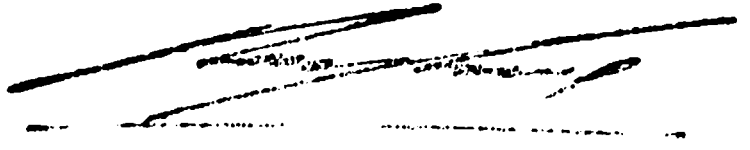
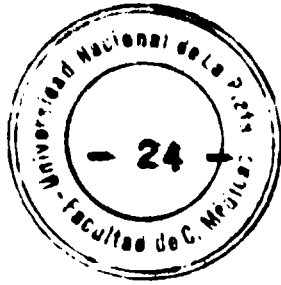


Radiograf. N° 4

ANEMIA de BAUSA



Radiografía N° 5.-



Caso número 2. Historia núm. 6338. S.F.-. 49 años de edad, argentino, empleado. Ingresó en Agosto de 1947 por trastornos gástricos y palidez.

Antecedentes Hereditarios y Familiares. Solo cabe consignar que un hermano es asmático y otro padece de úlcera gástrica.

Antecedentes Personales. Operado de hernia inguinal bilateral en la infancia. A los 10 años cuadro infeccioso agudo calificado de infección intestinal. Blenorragia a los 24 años curando después de tres meses de tratamiento. Cuadros bronquiales a repetición todos los inviernos. Alimentación mixta. Un vaso de vino en las comidas. Constipación crónica.

Enfermedad Actual. Hace dos años consulta médico por disminución del apetito. Se lo nota pálido y un hemograma dió (según recuerda) 4.000.000 de glóbulos rojos. Lo tratan con hierro, arsénico y extracto hepático. Desde hace unos siete meses, pequeña disnea de esfuerzo. En realidad, desde hace veinte años viene padeciendo de trastornos gástricos caracterizados por distensión epigástrica después de las comidas, dolor de intensidad leve en la misma región, eructaciones y pirosis.

Estado Actual. Tipo constitucional normolíneo; estado de nutrición conservado. Palidez de piel y mucosas. No hay edemas ni ingurgitación de yugulares. Sistema piloso, huesos y articulaciones: sin particularidades.

Cabeza y Cuello. Reflejos pupilares conservados. Lengua



saburral, fetidez de aliento; mal estado dentario; fauces libres. Cuello nada de particular.

Aparato Respiratorio. Tórax simétrico con acentuación de la curvatura dorsal. Campos pulmonares libres a la palpación, percusión y auscultación.

Aparato Circulatorio. Pulso 80 de frecuencia, regular. Presión Arterial: Mx. 13,5 - Mn. 7. Tonos cardíacos normales.

Abdómen globuloso, simétrico. Sensible a la presión en región epigástrica. Resto sin particularidades.

Sistema Nervioso. Nada digno de mención.

Exámenes Complementarios. Urea en sangre 0,28 grs. por mil.

Glucemia 0,94 grs. por mil. Análisis de orina normal. Eritrosedimentación 9 - 24 - Índice de Katz 10. Hemograma

(Agosto 29-1947):

Glóbulos rojos	3.960.000	Eosinófilos	6,5 %	En cayado -
Glóbulos blancos	5.950	Basófilos	0,5	Adultos 55
Hemoglobina	43 %	Mielocitos	-	Linfocit. 27
Valor globular	0,55	Juveniles	-	Monocit. 10

Anisocitosis, anisocromía, ligera poiquilocitosis. Reticulocitos 10 por mil. Valor hematocrito: volumen globular 28,30 % - volumen plasmático 71,70. Índice volumétrico 0,88.

Índice colorimétrico 0,53. Índice de saturación 0,62.

Quimismo Gástrico: contiene ácido clorhídrico.

Rectoscopia: Sin otras particularidades que palidez de la mucosa rectosigmoidea.

Radiografía de estómago. (Agosto 1947). Hernia hiatal



del estómago. Esófago corto. (Radiografías núm. 6, 7 y 8).

Tratamiento. Regimen alimenticio, hierro, vitamina C.

Evolución terapéutica del cuadro hemático

Fecha	Set. 8 - 1947	Set. 22 - 1947
Glóbulos rojos	4.000.000	4.960.000
Glóbulos blancos	4.900	3.700
Hemoglobina	38 %	54 %
Valor globular	0,47	0,55
Eosinófilos	6,7	7,5
Basófilos	0,00	0,00
Mielocitos	-	-
Juveniles	-	-
En cayado	-	-
Adultos	56,8	43,5
Linfocitos	28	40
Monocitos	8,5	9

Resúmen del caso. Enfermo de 49 años con una anemia acentuadamente hipocrómica; sin antecedentes de pérdidas hemáticas manifiestas; sin aquilia; con síndrome dispéptico crónico. El estudio radiográfico y demás exámenes complementarios revelan hernia gástrica por el hiatus esofágico. Tipo I, y ausencia de todo otro proceso. Al dársele de alta, hemograma en vías de normalización previo tratamiento con hierro.



Radiog. N° 6.-



Radiog. Nº 7.-



Radiog. Nº 8.-



	Caso núm. 1	Caso núm. 2
Variedad de la hernia	Tipo I	
Cuadro clínico	Forma anémica.	Forma anémico-dis- péptica.
Pérdida hemática ma- cro. o microscópica	Positiva (melena)	Negativa
Anaclorhidria	No	No
Coexistencia de otro proceso anemizante	No	No
Tratamiento de fondo	Hierro	Hierro
Evolución de la anemia	Curación	Curación

En ninguno de estos dos casos contamos con datos de exámen endoscópico. Si bien creemos que ello no invalida la realidad de los mismos, su estudio queda sin embargo incompleto respecto del estado de la mucosa, existencia o no de lesiones, extensión, tipo, etc. de las mismas.

Que la anemia pueda deberse a una úlcera, sangran-
te en algún momento de su evolución y no evidenciable al
exámen radiográfico, es una posibilidad que se descarta; en-
tre otras razones por la particular evolución terapéutica
de los casos.

Llama la atención que tan raramente se presenten
como anémicos pacientes con una alteración congénita como
es ésta del esófago corto.

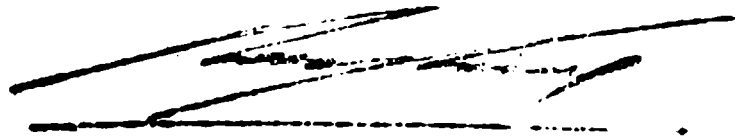
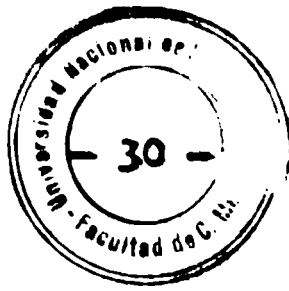


5 - Comentarios

Como se dijo anteriormente, dos son las situaciones que deben distinguirse frente a enfermos con hernia hiatal del estómago y anemia. Por una parte, aquellos en que la anemia se debe a la hernia; siendo ya sea un síntoma más dentro del cuadro o individualizándose como verdadera forma clínica por ser manifestación casi única y de grado severo. Por otra parte, los que padecen, además de la hernia, otra enfermedad determinante de anemia. Desde luego que existen casos mixtos cuya discriminación puede ser difícil.

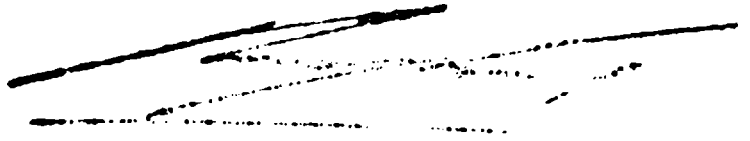
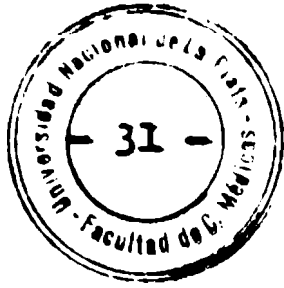
La frecuencia de esta anemia varia en la casuística de los autores. Generalmente es de tipo hipocrómico y sensible a la ferrotterapia. En nuestro primer caso la cifra de un 26 % de hemoglobina es verdaderamente extrema. Por excepción es macrocítica hiperocrómica, como en el caso ya comentado de Cain, Cattan y Claisse (que por lo demás dió positiva la prueba de Singher: reacción reticulocitaria en la rata inyectada con el jugo gástrico), o macrocítica hipocrómica como el caso que refiere Dyke.

Hay un acuerdo general en considerarla como anemia secundaria a pérdidas hemáticas, manifiestas u ocultas, agudas o crónicas. En el ya citado caso primero es franco el antecedente de esta pérdida en forma de melenas. Respecto de las causas de estas pérdidas la mayoría de los autores



las vinculan a lesiones congestivas o erosivas de la mucosa gástrica a nivel de la porción herniada o en la zona istmica constreñida por el hiatus esofágico. En este sentido la pérdida aguda podría significar, en algún caso, fenómenos de incarceration (10). Las aportaciones de la endoscopia son de gran valor en el estudio de tales lesiones sangrantes. Chevalier Jackson y Chevalier L. Jackson describen, al parecer los primeros, lesiones erosivas limitadas a la porción supradiafragmática del estómago (11) y Castex, Maggi y Stocker comprueban sufusiones hemorrágicas y vascularización visible en la bolsa herniada también por endoscopia (12).

Cabe destacar que en nuestro caso primero fué negativa la investigación de sangre en materias fecales no obstante el franco antecedente, relativamente próximo, de las melenas. Esta particularidad también la hemos encontrado en varios casos de la bibliografía; y es importante, desde el punto de vista del origen de la anemia, porque la ausencia actual de pigmentos hemáticos en las heces no descarta la posibilidad de una pérdida anterior en aquellos ^{Caso} en que la anamnesis no la registra como manifestación macroscópicamente evidente. Esta podría ser la situación de algunos enfermos con hernia hiatal y anemia hipocrómica, sin aquilia, que reponen su hemograma rápidamente con la medicación ferruginosa, en quienes no hay indicios directos de pérdidas



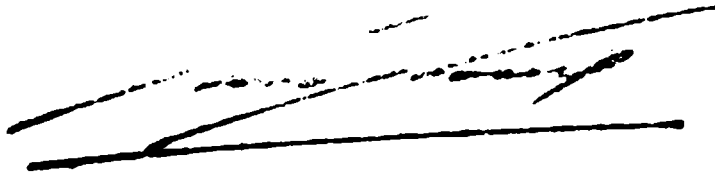
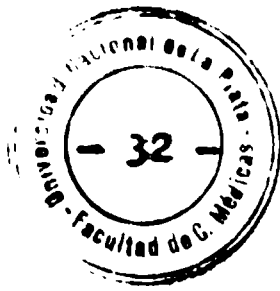
sanguíneas. Tal el caso núm. 2.

Algunos suponen que las lesiones sangrantes sean consecuencia de factores mecánicos traumáticos a los que está sometida la porción herniada. Otros piensan en el origen neurógeno por irritación neumogástrica a nivel del hiatus.

Castex, Maggi y Stocker encuentran por endoscopia también lesiones atróficas, difusas o localizadas, de la mucosa gástrica. Dado el rol hematopoyético de la misma, estas observaciones gastroscópicas darían fundamento a que la anemia pueda responder a un déficit en ese sentido, particularmente en aquellos casos con macrocitos como los citados antes. Estas mismas lesiones atróficas podrían perturbar, también, la absorción del hierro condicionando hipocromemia.

Es dudoso si la aquilia registrada en algunos casos está en vinculación con la hernia; lo que significaría llegar a la anemia por el mecanismo de la hipocromemia, aquílica. El caso de Castex, Maggi y Stocker que presentaba atrofia difusa de la mucosa gástrica no era aquílico.

Los pacientes con hernia hiatal determinante de trastornos gástricos crónicos que los llevan a restringir alimentos, pueden crearse una situación deficitaria que de ser largo tiempo mantenida determine anemia. El primer caso nuestro mostraba elementos positivos en este aspecto; las parestesias de manos y pies, si no dependían de la misma anemia, podrían ser indicio de tal deficiencia nutricio-

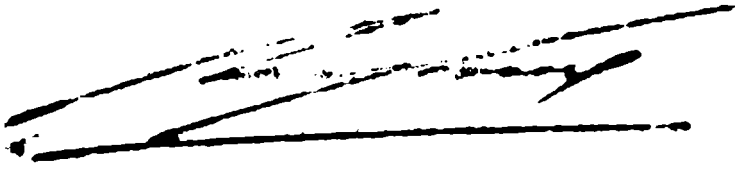


nal corroborada por la encuesta dietética.

Si bien estas consideraciones se refieren a causas posibles más que a razones probadas, con ello queremos subrayar que la anemia de la hernia gástrica del hiatus esofágico, habitualmente consecuencia de pérdidas hemáticas, y en este sentido una serie de argumentos concordantes lo fundamenta (lesiones sangrantes, caracter hipocrómico-microcitario, eficacia de la ferroterapia) puede también depender de otros factores convergentes: déficit en la absorción del hierro, déficit de función hematopoyética, factores nutricionales. La real actuación de estas razones anemizantes deberá establecerse en cada caso a través de un estudio completo.

6 - Diagnóstico

Cuando el enfermo se presenta como un paciente fundamentalmente anémico, con una anemia con los caracteres de las denominadas post-hemorrágica o por pérdida, tal como ocurre casi siempre, no habrá dificultad en orientarse hacia su origen digestivo si coexisten trastornos gástricos o pérdidas hemáticas. Los exámenes radiográficos revelarán inesperadamente la hernia. Es lo que acontece en la generalidad de los casos según se desprende de la bibliografía y así ha ocurrido en los que hemos relatado. Si la anemia, en cambio, es manifestación solitaria, sin síndrome dispéptico ni pérdidas sanguíneas, también será la radiografía



la que revele el proceso primario; exploración a la que de todas maneras habrá que llegar a poco que se profundice el estudio de un enfermo con una anemia cuyo origen no se aclara. Pero en ambas situaciones se tratará de un hallazgo radiológico y no de un diagnóstico cuya posibilidad se fundamenta previamente por particulares elementos clínicos. Dicha posibilidad quedará planteada recordando esta forma anémica al establecer la encuesta diagnóstica cuando nos encontremos ante este tipo de enfermos. La radiografía y la endoscopia serán las que lo establezcan.

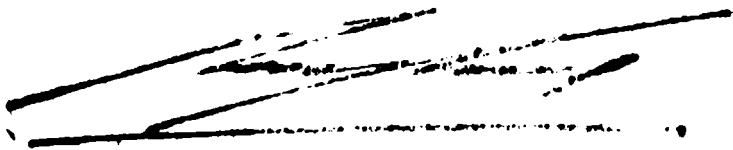
7 - Tratamiento

Respecto del tratamiento solo diremos que la ferropterapia normaliza pronto el hemograma de estos pacientes. En los casos referidos puede verse la evolución terapéutica de los sucesivos recuentos globulares y valores hemoglobínicos.

Cuando la reiteración de las pérdidas hemáticas mantengan una anemia a recaídas, procederá contemplar la oportunidad de tratamiento quirúrgico según cual sea el tipo de hernia. Esta situación, sin embargo, no parece haberse presentado según se desprende de la bibliografía consultada.

8 - Conclusiones

1 - Existe una forma anémica de la hernia hiatal del estómago. Dos de los tres casos presentados, correspondientes



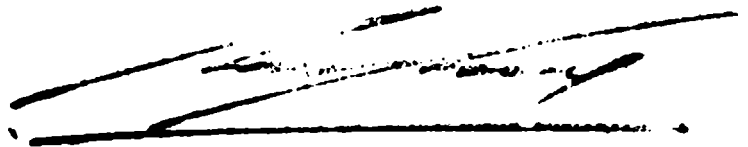
al tipo I o por esófago corto, son ejemplos claros.

2 - Esta anemia, como la afección primaria que la origina, puede no ser reconocida en su verdadero origen y ser motivo, por lo tanto, de errores de diagnóstico y de tratamiento.

3 - Casi siempre se trata de una anemia hipocrómica y establecida por el mecanismo de la pérdida hemática; pérdida resultante de lesiones sangrantes de la mucosa gástrica como ha sido comprobado por endoscopia. Eventualmente por alteraciones atrófico-aquílicas; siendo dudoso pronunciarse respecto de las relaciones entre aquilia y hernia.

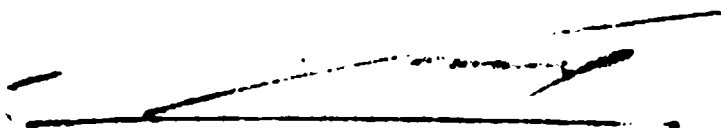
4 - Su diagnóstico podrá presumirse clínicamente recordando el proceso y según cuáles sean las particularidades del caso. La radiografía y la endoscopia lo establecerán con certeza.

5 - Desde el punto de vista del tratamiento el hierro es su principal agente terapéutico.-



BIBLIOGRAFIA

- 1 - COSSIO Y FUSTINONI. Angina de pecho y hernia diafragmática. Revista Argent. de Cardiología. Pag. 217 - 1942.
- 2 - POLLEY HOWARD F. Congenital Short Esophagus With Thoracic Stomach and Esophageal Hiatus Hernia. The Journal of the American Medical Association. Pag. 821. 1941 -
- 3 - VILASECA SABATER. La anemia en las hernias diafragmáticas. Anales de Clínica Médica A - Barcelona.
- 4 - COWAN IRVING Y. Diafragmatic Hiatus Hernia. The American Journal of Roentgenology. Pag. 333 - 1937.
- 5 - CAIN, CATTAN, CLAISSE. Anemie grave et hernie diaphragmatique de l'estomac chez l'adulte. Bull. et. Memoi. Soc. Med. des Hosp. de Paris. Pag. 1130 - 1939.
- 6 - MURPHY W. P. y HAY W. E. Symptoms And incidence of anemia in hernia at the esophageal hiatus. Archives of Internal Medicine. Pag. 58 - 1943.
- 7 - DYKE S. C. Herniation of the stomach with anemia. The Lancet. Pag. 119 - 1940.
- 8 - COLOMBO y TRAVI. Hernia Diafragmática. Anales del Instituto Modelo de Clínica Médica. Pag. 130 - 1941.
- 9 - MAGGI ALBERTO L. C. La anemia en las hernias del hiatus esofágico del diafragma. Trabajo de Adscripción Facultad de Medicina de La Plata.
- 10- BERGMAN, GERTZENSTEIN y PESINO. Hernia diafragmática esofágica. La Semana Médica. Pag. 1455 - 1940.
- 11 -CHEVALIER JACKSON and CHEVALIER L. JACKSON. Peroral Gastroscopy. The Journal of the American Medical Association. Pag. 269 - 1935.
- 12- CASTEX, MAGGI, STOCKER. Hernia diafragmática y atrofia de la mucosa gástrica. La Prensa Médica Argentina. núm. 32 - pag. 1631.
- 13- RESANO A. y RODAS A. Consideraciones diagnósticas sobre nueve pacientes con esófago corto congénito. Archivos Argentinos Enfermedades Aparato Digestivo y de La Nutrición. Pag. 312 - 1945.



- 14 - BREA, PANGARO y SANTAS. Hernia del hiatus esofágico. Pseudo esófago breve. Academia Argentina de Cirugía. Pag. 117 - 1947.-
- 15 - RICHIERI A. y D'ALOTTO V. Esófago corto y estómago torácico en una esclerodermia. La Prensa Médica Argentina. Pag. 2331-1944.
- 16 - FASCE A. L. y TORRES L. M. Esófago corto. Revista Médica de Rosario. núm. 3 - pag. 139 - Marzo 1948.
- 17 - ROMANO, GARRE y TARRADILLAS. Hernia gástrica a través del Hiatus esofágico del diafragma. La Prensa Médica Argentina. Pag. 51 - 1935.
- 18 - FERRARI y LENTINO. Hernia del hiatus esofágico. Operación. Curación. Boletines y Trabajos de la Academia Argentina de Cirugía. núm. 23 - pag. 1077 - 1941.
- 19 - PICO ESTRADA y SIBILA. Hernia Diafragmática. La Semana Médica. Pag. 18 - 1941.
- 20 - PAVLOVSKY A.J. Hernia del hiatus esofágico. Boletines y Trabajos de la Academia Argentina de Cirugía. Pag. 335 - 1942.
- 21 - BONORINO UDAONDO C. y MAISA P. A. Esófago corto y estómago torácico. La Prensa Médica Argentina. Pag. 1620 - 1942.
- 22 - MULCABY y RESANO. Esófago corto congénito y cáncer de estómago torácico. Día Médico. Pag. 1157 - 1945.

Josefina De Caro

----- 0 -----
San (36) 80.
Cauly

[Signature]