



gta

**XXIV Congreso de Especialidades Veterinarias
ZARAGOZA - 25-26 abril 2025**

Hernia hiatal y reflujo gastroesofágico en animales pequeños

Federico Massari dipl. ECVS

Introducción

La hernia hiatal y el reflujo gastroesofágico representan patologías de creciente relevancia en medicina veterinaria, particularmente en perros braquicéfalos, en los que la conformación anatómica predispone a una serie de trastornos respiratorios y gastrointestinales concomitantes. Estas afecciones se manifiestan con una serie de síntomas que van desde regurgitación frecuente hasta complicaciones graves como esofagitis crónica y neumonía por aspiración. Comprender su etiopatogenia, diagnóstico y manejo terapéutico es crucial para mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados.

Fisiopatología de la hernia hiatal y del reflujo gastroesofágico

La hernia hiatal se produce cuando la unión gastroesofágica y, en algunos casos, partes del estómago se desplazan a través del hiato diafragmático, interrumpiendo el funcionamiento normal de la barrera antireflujo. En los perros, la forma más común es la hernia hiatal tipo 1, también llamada hernia deslizante, en la que el movimiento de la unión gastroesofágica ocurre de forma intermitente. Este tipo de hernia a menudo se asocia con el reflujo gastroesofágico, una afección en la que el ácido del estómago regresa al esófago, causando irritación e inflamación crónicas. Los estudios epidemiológicos han demostrado que el 44% de los perros braquicéfalos examinados bajo fluoroscopia tienen una hernia hiatal clínicamente relevante, con una incidencia que aumenta al 76% en los Bulldogs franceses.

En los perros braquicéfalos, el síndrome obstructivo de las vías respiratorias superiores (BOAS) juega un papel importante en el desarrollo de la hernia hiatal y el reflujo. Estudios experimentales han demostrado que hasta el 97% de los perros con BOAS muestran signos de enfermedad gastrointestinal, con evidencia de reflujo gastroesofágico en el 75% de los casos. El compromiso



gta

**XXIV Congreso de Especialidades Veterinarias
ZARAGOZA - 25-26 abril 2025**

respiratorio genera un aumento de la presión intratorácica negativa, lo que facilita el prolapso del estómago hacia el tórax y altera la fisiología del esfínter esofágico inferior. La presión negativa continua genera un círculo vicioso que agrava aún más los síntomas, repercutiendo en un empeoramiento de la calidad de vida del animal.

Diagnóstico y presentación clínica

Los pacientes afectados por estas patologías pueden presentar una variedad de síntomas, incluyendo regurgitaciones frecuentes, episodios de vómitos, dificultad para tragar y, en los casos más graves, signos de broncoaspiración. Los estudios han descubierto que solo entre el 6 y el 26 % de los perros con hernia hiatal son diagnosticados con radiografías de tórax simples, lo que requiere pruebas más avanzadas.

La endoscopia demuestra ser una herramienta diagnóstica esencial, permitiendo una evaluación directa de la unión gastroesofágica y la posible presencia de esofagitis. Un estudio encontró que en perros con BOAS, el 50% tenía cambios esofágicos sugestivos de GER. El análisis de impedancia con monitorización del pH es el estándar de oro actual para el diagnóstico de RGE, identificando episodios de reflujo ácido y no ácido con una precisión del 90%.

Además, estudios fluoroscópicos han demostrado que en los perros con hernia hiatal, el 60% presenta una motilidad esofágica deteriorada, lo que indica que el daño no se limita únicamente a la unión gastroesofágica, sino que puede afectar toda la función del esófago.

Enfoque terapéutico

El tratamiento de la hernia hiatal y el RGE varía según la gravedad de la afección. La terapia médica ha demostrado una eficacia limitada: un estudio encontró que sólo el 53% de los perros tratados exclusivamente con medicamentos lograron una remisión completa de los síntomas. Se ha demostrado que el uso de inhibidores de la bomba de protones, como el omeprazol (1 mg/kg dos



gta

**XXIV Congreso de Especialidades Veterinarias
ZARAGOZA - 25-26 abril 2025**

veces al día), es el tratamiento más eficaz para reducir la secreción ácida, mientras que la adición de cisaprida mejoró la motilidad esofágica en el 75% de los pacientes tratados. Sin embargo, en los casos más graves el tratamiento médico suele considerarse una solución temporal.

Un aspecto importante en el tratamiento conservador es la dieta. Se ha demostrado que alimentar con alimentos bajos en grasa y altamente digestibles reduce significativamente los síntomas en pacientes con RGE. Además, dividir las comidas en pequeñas porciones varias veces al día reduce la carga en la unión gastroesofágica y minimiza el riesgo de regurgitación.

Técnica quirúrgica laparoscópica

La cirugía laparoscópica para la corrección de la hernia hiatal representa la solución más avanzada y mínimamente invasiva en la actualidad. Un estudio de 18 perros mostró que la cirugía laparoscópica redujo significativamente el número de episodios de regurgitación en el 80% de los pacientes.

Fases de la intervención:

1. Preparación del paciente y acceso quirúrgico La preparación del paciente comienza con una anestesia cuidadosa, ya que muchos perros afectados son braquicéfalos y tienen dificultades respiratorias preexistentes. Se utiliza un protocolo anestésico que asegura el mantenimiento de una oxigenación adecuada y minimiza el riesgo de aspiración.

El paciente se coloca en decúbito dorsal sobre una mesa de operaciones con una ligera inclinación hacia la derecha para mejorar el acceso a la unión gastroesofágica. Luego procedemos a la desinfección del abdomen y la creación del campo estéril. Posteriormente se insufla CO₂ en la cavidad peritoneal para crear un espacio de trabajo adecuado, manteniendo una presión de 8-12 mmHg para evitar una compresión excesiva del diafragma, que podría comprometer la ventilación del paciente.



gta

**XXIV Congreso de Especialidades Veterinarias
ZARAGOZA - 25-26 abril 2025**

Se insertan los trocares: el primero para la óptica (umbilical) y los demás para los instrumentos operatorios. Generalmente se utilizan tres o cuatro puertas operatorias, ubicadas estratégicamente para permitir una adecuada maniobrabilidad de los instrumentos y una buena visibilidad del campo operatorio.

2. Exposición del hiato diafragmático Una vez obtenido el acceso a la cavidad abdominal, el primer objetivo es identificar el hiato diafragmático y la unión gastroesofágica. Esto se realiza retrayendo el lóbulo hepático izquierdo, un paso fundamental para obtener una visión clara de la estructura anatómica. Se utiliza un retractor laparoscópico delicado o, en casos donde la visualización es difícil, se puede optar por la suspensión del hígado mediante un punto de tracción transcutáneo.

Luego de identificar la hernia hiatal, se evalúa la extensión del deslizamiento del estómago hacia el tórax y la posible presencia de alteraciones estructurales en la unión gastroesofágica. La distensión de la cavidad abdominal facilita el reposicionamiento de la porción herniada del estómago, que se retrae suavemente hacia la cavidad abdominal para permitir la reparación del hiato.

3. Plicatura del hiato diafragmático (hiatoplastia) El estrechamiento del hiato es una de las fases más importantes del procedimiento y consiste en suturar los pilares diafragmáticos para reducir el diámetro de la abertura y prevenir futuras recurrencias. Se utilizan 3-4 suturas no absorbibles, dispuestas de forma tal de asegurar un cierre uniforme y estable. La tensión de plicatura se evalúa en tiempo real mediante una tracción suave del esófago para garantizar que la unión gastroesofágica pueda moverse fácilmente sin restricciones excesivas.

Estudios han demostrado que este procedimiento reduce el riesgo de prolapso del estómago hacia el pecho en un 90%, mejorando significativamente los síntomas del paciente y reduciendo la necesidad de intervenciones posteriores.



gta

**XXIV Congreso de Especialidades Veterinarias
ZARAGOZA - 25-26 abril 2025**

4. Esofagopexia Para estabilizar aún más la unión gastroesofágica y evitar movimientos excesivos del esófago, se realiza una esofagopexia. Esta técnica consiste en la fijación de la pared esofágica al diafragma mediante sutura continua o puntos interrumpidos, dependiendo de la configuración anatómica del paciente.

Un análisis comparativo entre perros sometidos únicamente a plicatura hiatal y aquellos tratados con esofagopexia mostró una tasa de éxito un 20% mayor en aquellos en los que se había anclado el esófago. La esofagopexia ayuda a reducir el riesgo de recurrencia y mejorar la estabilidad a largo plazo de la reparación quirúrgica.

5. Gastropexia izquierda La gastropexia es la última etapa del procedimiento y consiste en fijar la pared gástrica a la pared abdominal izquierda para evitar que el estómago se deslice y reducir el riesgo de reflujo. Esta técnica se realiza en modalidad laparoscópica asistida o intracorpórea, dependiendo del tamaño y forma del paciente.

Durante la gastropexia, se realiza una incisión parcial en la serosa y la muscular de la pared gástrica y se coloca una sutura continua o única para anclar el fondo gástrico a la pared abdominal. La correcta ejecución de este procedimiento reduce significativamente la movilidad del estómago, bajando el riesgo de recidiva al 5% y mejorando la estabilidad postoperatoria del paciente.

Resultados y pronóstico

La cirugía laparoscópica ha demostrado una alta eficacia en el tratamiento de la hernia hiatal y el RGE en perros. Un estudio prospectivo mostró que el 80% de los perros tratados quirúrgicamente mostraron una reducción significativa de los síntomas de regurgitación y reflujo, con mejoría radiológica de la hernia en el 70% de los casos. Sin embargo, un 20% de los pacientes pueden seguir experimentando episodios ocasionales de regurgitación, lo que indica la necesidad de un seguimiento a largo plazo.



gta

**XXIV Congreso de Especialidades Veterinarias
ZARAGOZA - 25-26 abril 2025**

La recuperación postoperatoria requiere un manejo cuidadoso del paciente, con administración de analgésicos, inhibidores de la bomba de protones y procinéticos para facilitar la recuperación funcional del sistema digestivo. Inicialmente, a los pacientes se les administra una dieta líquida o semilíquida para limitar la carga en la unión gastroesofágica y minimizar el riesgo de regurgitación posoperatoria. Después de aproximadamente dos semanas, puedes reintroducir una dieta sólida, baja en grasas y de fácil digestión.

La evolución de las técnicas laparoscópicas ha mejorado significativamente el pronóstico de estos pacientes, reduciendo las complicaciones postoperatorias y ofreciendo una alternativa mínimamente invasiva a la cirugía abierta. Sin embargo, es esencial un seguimiento adecuado para controlar cualquier recaída y garantizar el bienestar del animal a largo plazo.