CIR ESP. 2015;93(Espec Congr):372

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-125 - MIGRACIÓN DE LA MALLA COMO COMPLICACIÓN TRAS LA CIRUGÍA DE LA HERNIA DE HIATO

Hernández González, José Manuel; Pérez Lara, Francisco Javier; Sanchiz Cárdenas, Elena Margarita; Galeote Quecedo, Tania; Oehling de los Reyes, Hermann; del Rey Moreno, Arturo; Oliva Muñoz, Horacio

Hospital de Antequera, Antequera.

Resumen

Objetivos: El uso de mallas no reabsorbibles se ha generalizado en la cirugía de la hernia de hiato, con el objetivo de reducir la tasa de recurrencias. Sin embargo, esta técnica no está exenta de complicaciones, tales como la erosión y fibrosis de estructuras adyacentes, con el consiguiente riesgo de formación de fístulas o migración de las mismas. Presentamos a dos pacientes intervenidas en nuestro centro por hernias de hiato de gran tamaño, tratándose con mallas de diferentes materiales (politetrafluoroetileno y prolene) para reforzar el cierre de los pilares diafragmáticos. En ambas hubo migración de la malla al interior de la luz esofágica.

Casos clínicos: Caso 1: paciente de 71 años intervenido por hernia paraesofágica con estómago intratorácico tres años antes, realizándose funduplicatura de Nissen-Rossetti laparoscópica y cerrando el orificio herniario con una malla de PTFE. El paciente fue dado de alta a las 24 horas de la cirugía, sin complicaciones. Dos años después, en el contexto de disfagia se realiza endoscopia digestiva alta, la cual reveló estenosis de la luz esofágica distal, con impactación de un cuerpo extraño adherido a la pared del esófago y úlceras en la mucosa. El paciente fue reintervenido, realizándose endoscopia intraoperatoria, que mostró un objeto extraño intraesofágico identificado como la malla de PTFE, la cual se retiró por completo. Caso 2: paciente de 57 años intervenida 12 años antes por hernia paraesofágica gigante, realizándose funduplicatura de Nissen laparoscópica y colocación de malla de prolene. Debido a disfagia progresiva y epigastralgia posprandial, se realiza TAC de abdomen que muestra una imagen radiológica heterogénea con realce de contraste alrededor del cardias. En endoscopia digestiva alta se reveló un cuerpo extraño situado a 39 cm de distancia desde el arco dental. Una segunda endoscopia realizada 4 semanas después evidenció la completa migración de la malla a la luz esofágica, permitiendo la extracción de la misma. En ambos casos la evolución tras retirar la malla fue favorable, desapareciendo los síntomas y sin detectar alteraciones en el seguimiento en consulta, con pH-metrías y endoscopias de control normales.

Discusión: La utilización de mallas en la cirugía de la hernia hiatal resulta técnicamente compleja, tanto por la disposición oblicua de los pilares, que dificulta la fijación de la misma, como por los movimientos del esófago. Estas circunstancias, unidas al hecho de que la malla va a estar en contacto con el esófago, aumentan el potencial de erosionarlo o perforarlo. La migración de malla hiatal en la cavidad torácica representa aproximadamente el 0,5% de complicaciones en grandes series, observándose en casos excepcionales la migración transmural en el tracto gastrointestinal. El

diagnóstico se realiza a través de pruebas de imagen (tránsito gastroduodenal y endoscopia digestiva alta). El tratamiento de elección consiste en un abordaje mixto de endoscopia asistida por laparoscopia, siendo importante determinar si la malla está completamente libre en la luz del esófago, para evitar el desarrollo de fístulas.

See front matter © 2015. Asociación Española de Cirugía. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados