CIR ESP. 2016;94(Espec Congr):530

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-157 - OBSTRUCCIÓN COMPLETA DE INTESTINO DELGADO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE HERNIA HIATAL TIPO IV. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Trébol López, Jacobo[1]; Carabias Orgaz, Ana[2]; Carmona Sáez, José Antonio[2]

[1]Hospital Universitario La Paz, Madrid; [2]Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila.

Resumen

Objetivos: Presentar un caso clínico singular de obstrucción intestinal por incarceración de íleon distal través de gran defecto hiatal tipo IV que se resolvió mediante cirugía laparoscópica urgente reforzada con malla hiatal.

Caso clínico: Varón de 64 años con HTA, dislipemia, enfermedad de Paget y hernioplastia inguinal derecha. Acude a Urgencias por cuadro de dolor abdominal de 36 horas de evolución observándose en radiología simple dilatación de intestino delgado con morfología de “bucles” y niveles hidroaéreos retrocardíacos y hemitorácicos izquierdos. Se solicita TAC que objetiva una obstrucción intestinal de grado intermedio-alto, sin signos de isquemia, secundaria a amplia hernia paraesofágica que contiene unos 50 cm de íleon distal (a unos 20 cm de la válvula) con dilatación importante (hasta 33 mm) y líquido libre en saco, dilatación proximal de hasta 38 mm, dos afilamientos (entrada y salida al saco) y colapso distal. La sonda nasogástrica es inefectiva y se decide cirugía urgente por la incarceración y la dificultad previsible del control clínico evolutivo. Se realiza acceso laparoscópico con 5 trócares (2 de 12 mm). Se objetiva una obstrucción en asa cerrada de íleon herniado a través de defecto hiatal de unos 7 × 7 cm mixto (contiene también fundus y epiplon). Reducción muy laboriosa, que no es estable hasta extirpación de doble saco herniario, movilización esofágica hasta obtener 6-7 cm de esófago intraabdominal, cierre de pilares con 3 puntos posteriores y uno anterior de seda reforzado con malla bicapa Crurasoft™ de 7 × 6 cm (Bard®, capa de PTFE y capa de ePTFE) fijada con dos puntos y cianoacrilato a los pilares y posterior funduplicatura Nissen-Rosetti. Postoperatorio adecuado con tolerancia desde el tercer día y dilatación gástrica radiológica que cede espontáneamente. Ingreso de 8 días. Control endoscópico a los 3 meses con Barrett corto sin displasia y gastritis antral por *Helicobacter* resistente que precisó cuádruple terapia, EGD normal y permanece asintomático casi dos años después.

Discusión: Presentamos un caso clínico atípico y complejo por la presencia de intestino delgado incarcerado en la hernia hiatal. Las hernias paraesofágicas son poco frecuentes (5-15% de hernias hiatales) y las tipo IV (con herniación de vísceras distintas del estómago) muy raras. La presentación como oclusión de intestino delgado es excepcional y más aún que el tramo herniado sea el íleon distal. La forma de diagnóstico más habitual es el hallazgo incidental en estudios por otras causas. Una vez diagnosticadas se discute si deben operarse todas las tipo IV por el riesgo de complicaciones graves; todo paciente con hernia paraesofágica sintomática debe operarse si el riesgo es aceptable reduciendo el contenido y cerrando el defecto. Aspectos controvertidos son el

abordaje (abdominal torácico o con/sin cirugía mínimamente invasiva), la resección del saco (recomendable salvo que sea muy difícil), el uso de mallas de refuerzo y la asociación de procedimientos antirreflujo (recomendada por la mayoría de autores). En nuestro caso, aún a pesar de la aparente complejidad inicial, el abordaje laparoscópico fue seguro y eficaz, las evoluciones postoperatoria y a largo plazo satisfactorias y la técnica antirreflujo útil.

See front matter © 2016 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados