CIR ESP. 2016;94(Espec Congr):536

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-163 - PERITONITIS DIFUSA POR ULCUS DUODENAL PERFORADO EN HERNIA DE HIATO GIGANTE: UNA URGENCIA QUIRÚRGICA POCO FRECUENTE

Ponce Villar, Úrsula[1]; Peiró Monzó, Fabián[1]; Orozco Gil, Natalia[1]; Bañuls Matoses, Ángela[1]; Krystek Galdós-Tanguis, Nicolás[1]; Reinaldo Baliño, Dietmar[1]; Carbó López, Juan[2]; Planells Roig, Manuel Vicente[1]

[1]Hospital de Gandía y Centro de Especialidades Francesc de Borja, Gandía; [2]Hospital Arnau de Vilanova, Valencia.

Resumen

Introducción: La hernia de hiato gigante con estómago intratorácico es una entidad poco frecuente. Puede presentar complicaciones como volvulación, perforación y obstrucción gástrica. Pero el hallazgo de un ulcus duodenal perforado intratorácico es una entidad extremadamente rara. El objetivo de esta comunicación es presentar un caso clínico y revisar su manejo.

Caso clínico: Presentamos el caso de un hombre de 80 años hipertenso y dislipémico en tratamiento, con dolor abdominal de horas de evolución y náuseas. A la exploración, abdomen distendido con dolor difuso, defensa voluntaria y signos de peritonismo. En analítica al ingreso: PCR 57, leucos 6.800 con 80% neutrófilos, y fibrinógeno 576. Se realiza ecografía abdominal, sin hallazgos patológicos. Se amplía estudio con TAC TAP con contraste iv y oral, objetivándose gran hernia diafragmática con vólvulo gástrico mesentérico axial localizándose el antro-bulbo duodenal intratorácico infracarinal acompañado de moderada cantidad de líquido en mediastino y presencia de aire ectópico tanto mediastínico como intraabdominal en epigastrio. Fundus y cuerpo gástrico distendido y ocluido sin vaciado del contraste oral administrado. Con estos hallazgos se decide intervención quirúrgica urgente. Se realiza laparotomía media hallando peritonitis purulenta generalizada, hernia de hiato conteniendo estómago y primera porción duodenal y úlcera prepilórica anterior perforada de 1,5 cm. Se toma muestra del líquido libre para cultivo, se reduce la hernia de hiato, y se procede a sutura simple de la úlcera, epiploplastia, y pexia del fundus gástrico con puntos sueltos, dejando drenaje aspirativo próximo a la sutura y drenaje de lavado en la hernia diafragmática. Postoperatorio sin complicaciones, reanudando transito digestivo y tolerancia oral, por lo que es alta por mejoría clínica.

Discusión: Existen pocos casos publicados de úlceras gástricas perforadas en una hernia diafragmática. El mecanismo patogénico es desconocido y más bien teórico: en las gástricas sería mecánico, por la entrada y salida del estómago en el tórax además de hiperacidez y retención gástrica, lo que puede justificar la eficacia de los antiácidos en el tratamiento de las úlceras pépticas de las hernias de hiato. La mayoría de los pacientes con hernias diafragmáticas grandes son asintomáticos o presentan reflujo gastroesofágico. Las complicaciones más importantes son el vólvulo gástrico y posible estrangulación, el sangrado de úlceras y las perforaciones. El TAC toracoabdominal y el estudio baritado EGD resultan fundamentales para el diagnóstico y caracterización de estas lesiones. Ante el hallazgo de una úlcera perforada, sea gástrica o duodenal

intratorácica, la cirugía urgente es mandataria y la demora aumentará el riesgo de muerte. Se debe tratar la perforación con sutura y asociar una gastropexia para evitar la recidiva. Existe un debate, ante grandes hernias diafragmáticas, si el procedimiento antirreflujo es suficiente, pero en condiciones sépticas la colocación de material protésico presenta un alto porcentaje de infección y complicaciones posteriores. Por todo ello ante una hernia diafragmática grande, dado el riesgo de complicaciones graves, se recomienda la cirugía, sin embargo el riesgo de desarrollar síntomas agudos en mayores de 65 años disminuye exponencialmente con la edad.

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