

entidad que en ocasiones puede inducir a laparotomías innecesarias, o que incluso puede requerir traqueotomías por edema laríngeo si no se tiene un mínimo índice de sospecha. En aquellos pacientes con diagnóstico establecido de angioedema hereditario, deberemos ser cautelosos ante cuadros de dolor abdominal, con mínimos cambios analíticos, para no provocar los mismos errores; siendo necesaria una vigilancia estrecha durante su evolución con tratamientos conservadores. El diagnóstico de esta enfermedad suele ser tardío, por lo cual es importante estudiar a toda la familia e informar del origen genético y su transmisión.

Debido a los múltiples y comunes desencadenantes es importante tener presentes todas las medidas profilácticas. La expresión clínica de esta enfermedad puede cambiar con la edad. En pacientes de avanzada edad se puede producir coagulación intravascular diseminada o fracaso multiorgánico, de ahí la necesidad de un seguimiento a corto y largo plazo de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fonseca Aizpuru EM, Rodríguez Ávila EE, Arias Miranda I, Nuño Mateo FJ. Hereditary and acquired angioedema: clinical

- characteristics in 8 patients and review of the literature. *Rev Clin Esp.* 2009;209:332-6.
2. Romero DS, Di Marco P, Malbrán A. Hereditary angioedema. Family history and clinical manifestations in 58 patients. *Medicina (Arg).* 2009;69:601-6.
3. Becerra AL, Morales DV. Hereditary angioedema: a case series and bibliographic update. *Rev Alerg Mex.* 2009;56:48-55.
4. Baran E, Valuntas ML, Lorenzi LM. Unusual cause of abdominal pain: Peutz Jeghers syndrome. *Medicina (Arg).* 2010;70:169.

Alejandro José Pérez Alonso*, Carlos del Olmo Rivas, Víctor Manuel Ruiz García, José Antonio Pérez Ramón y José Antonio Jiménez Ríos

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Clínico San Cecilio, Granada, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: apma85@hotmail.com (A.J. Pérez Alonso).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2011 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2011.03.004

¿Cuál es la técnica quirúrgica de elección en un paciente obeso con hernia hiatal paraesofágica?

What is the surgical technique of choice in the obese patient with paraesophageal hiatal hernia?

La prevalencia de obesidad y de reflujo gastroesofágico (RGE) está aumentando en el mundo occidental. Los pacientes obesos tienen 1-2 veces más riesgo de presentar RGE^{1,2} y el problema surge cuando hay que elegir qué tipo de procedimiento quirúrgico es el más adecuado para esta población. La funduplicatura tipo Nissen es la técnica de elección para tratar a los pacientes con hernia de hiato por deslizamiento y RGE, sin embargo tiene una tasa de fracasos superior al 20% cuando se realiza en pacientes obesos³. La hernia de hiato tipo III o paraesofágica mixta suele aparecer en pacientes con hernia de hiato de larga evolución en los que se ha dilatado significativamente el orificio entre ambos pilares diafragmáticos permitiendo el paso del estómago con o sin otras vísceras abdominales. Este tipo de hernias pueden asociar otras complicaciones a parte del RGE (esofagitis, esófago de Barrett) como son voluciones gástricas con obstrucción intestinal y necrosis gástrica. El tratamiento quirúrgico ideal de los pacientes obesos con RGE no está bien definido^{4,5} y actualmente existe controversia también en la elección del procedimiento más efectivo para tratar un paciente obeso con hernia paraesofágica⁶⁻⁸.

A continuación presentamos el caso de un varón de 43 años que refería pirosis retroesternal desde hacía 10 años y presentaba epigastralgia post-prandial en los últimos meses, siendo diagnosticado de hernia paraesofágica con volvulación gástrica. Entre los antecedentes personales destacaba infección por VHB y obesidad de larga evolución sin respuesta al tratamiento indicado por el Servicio de Endocrinología. Durante la exploración física se evidenció un índice de masa corporal de 40 kg/m² (peso:141 kg/talla: 186 cm). El tránsito baritado puso de manifiesto una hernia paraesofágica de gran tamaño (fig. 1), que fue confirmada en la gastroscopia, así como una esofagitis grado B. La manometría esofágica registró hipotonía en el esfínter esofágico inferior (EEI). El paciente realizó dieta prequirúrgica hipocalórica y fue intervenido por laparoscopia con un peso de 125 kg (IMC: 36 kg/m²). Se practicó la reducción del estómago a la cavidad abdominal, cierre de los pilares y refuerzo con prótesis bilaminar. Luego se realizó un *bypass* gástrico en Y de Roux con asa alimentaria de 150 cm y un asa biliopancreática de 100 cm. La evolución postoperatoria cursó sin incidencias siendo dado de alta el individuo al 5.º día después de la

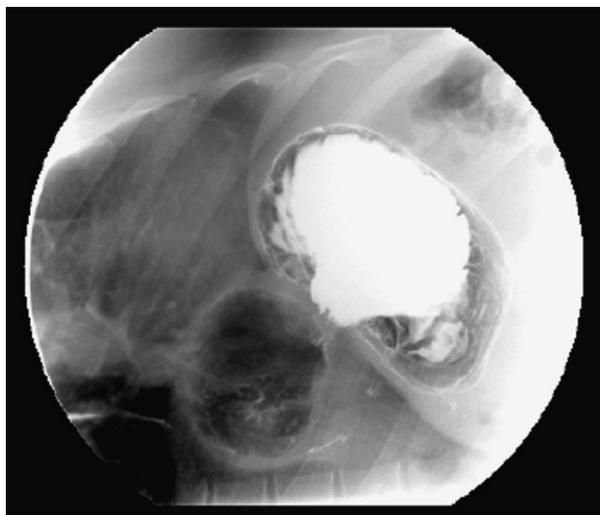


Figura 1 – Tránsito baritado donde se aprecia una hernia paraesofágica con morfología en reloj de arena.

operación. A los 4 meses de la intervención, no precisa IBP y su IMC es de 29 kg/m².

El *bypass* gástrico cumple los objetivos de la cirugía bariátrica y es una técnica quirúrgica de elección entre los procedimientos antirreflujo cuando fracasan las funduplicaturas. Por tanto, conceptualmente estamos de acuerdo con autores como Braghetto, que defienden el *bypass* gástrico frente a la gastrectomía tubular en presencia de RGE porque han demostrado mediante manometría pre- y post-gastrectomía tubular en obesos, que la presión del EEI disminuye tras esta intervención favoreciendo la aparición o la exacerbación de RGE⁵. Salvador Sanchís ha publicado recientemente un caso muy similar al nuestro con buenos resultados a los 6 meses de seguimiento⁸.

Un detalle crucial de la intervención es conseguir un cierre sólido de los pilares y la elección de una prótesis adecuada. Actualmente se están utilizando con buenos resultados matrices de colágeno procedentes de animales⁹ y de cadáveres humanos¹⁰.

En conclusión, nos parece que la hiatoplastia asociada al *bypass* gástrico es una excelente opción para tratar a un paciente obeso con hernia de hiato paraesofágica y RGE.

BIBLIOGRAFÍA

1. El-Serag HB, Erguí GA, Pandolfino J, Fitzgerald S, Tran T, Kramer JR. Obesity increases oesophageal acid exposure. *Gut*. 2007;56:749-55.

2. Fornari F, Madalosso CA, Farré R, Gurski RR, Thiesen V, Callegari-Jacques SM. The role of gastro-oesophageal pressure gradient and sliding hiatal hernia on pathological gastro-oesophageal reflux in severely obese patients. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2010;22:404-11.
3. Pérez AR, Moncure AC, Rattner DW. Obesity adversely affects the outcome of antireflux operations. *Surg Endosc*. 2001;15:986-9.
4. Prachand VN, Alberdi JC. Gastroesophageal reflux disease and severe obesity: Fundoplication or bariatric surgery? *World J Gastroenterol*. 2010;16:3757-61.
5. Braghetto I, Lanzarini E, Korn O, Valladares H, Molina JC, Henríquez A. Manometric changes of the lower esophageal sphincter after sleeve gastrectomy in obese patients. *Obes Surg*. 2010;20:357-62.
6. Merchant AM, Cook MW, Srinivasan J, Davis SS, Sweeney JF, Lin E. Comparison between laparoscopic paraesophageal hernia repair with sleeve gastrectomy and paraesophageal hernia repair alone in morbid obese patients. *Am Surg*. 2009;75:620-5.
7. Cuenca-Abente F, Parra JD, Oelschlager BK. Laparoscopic sleeve gastrectomy: an alternative for recurrent paraesophageal hernias in obese patients. *J Soc Lap Surg*. 2006;10:86-9.
8. Salvador-Sanchís JL, Martínez-Ramos D, Herfarth A, Rivadulla-Serrano I, Ibáñez-Belenguer M, Hoashi JS. Treatment of morbid obesity and hiatal paraesophageal hernia by laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. *Obes Surg*. 2010;20:801-3.
9. Amino A, Vaziri K, Nagle AP. Simultaneous laparoscopic type III paraesophageal hernia repair with porcine small intestine submucosa and Roux-en-Y gastric bypass. *Surg Obes Relat Dis*. 2008;4:764-7.
10. Lee YK, James E, Bochkarev V, Vitamvas M, Oleynikov D. Long-term outcome of cruroplasty reinforcement with human acellular dermal matrix in large paraesophageal hiatal hernia. *J Gastrointest Surg*. 2008;12:811-5.

Jorge de Tomás Palacios*, José María Monturiol Jalón, Andrés García Marín, Ana Fábregues Olea y Fernando Turégano Fuentes

Servicio de Cirugía General II, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jdetomaspal@hotmail.com

(J. de Tomás Palacios).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2011 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2011.03.006