Cir Esp. 2014;92(Espec Congr):570

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-197 - VÓLVULO ILEOCECAL TORÁCICO AGUDO POR HERNIA PARAESOFÁGICA

M.V. Planells Roig, Ú. Ponce Villar, A. Coret Franco, F. Peiró Monzó, Á. Bañuls Matoses, M.L. Martínez Ballester, J. Carbó López y F. Caro Pérez<p>Hospital de Gandía y Centro de Especialidades Francesc de Borja, Gandía.

Resumen

Objetivos: La recurrencia de hernia hiatal varia del 12 al 55% y constituye casi la mitad de las complicaciones de esta cirugía. Una de las complicaciones más graves es la incarceración y estrangulación que se produce con más frecuencia (9 y 25%) que la primaria por menor tamaño del hiato después de su reparación. El objetivo de este trabajo es presentar un caso atípico de recidiva de hernia hiatal.

Caso clínico: Mujer de 65 años intervenida 12 meses antes por hernia hiatal mixta tipo IV con volvulación crónica organoaxial gástrica a la que se practicó reducción de la misma, cierre de pilares y FloppyNissen por vía abierta tras conversión de cirugía laparoscópica. En el seguimiento postoperatorio al año no se evidenció recidiva de la misma en las técnicas de imagen. Acude a urgencias por cuadro de epigastralgia transfixiva subagudo asociado a náuseas sin vómitos y distensión abdominal progresiva con cierre intestinal incompleto. En la radiología simple de abdomen al ingreso se evidencia hernia diafragmática con contenido intestinal en hemitórax izquierdo, con discreta aireación del resto del abdomen. Se realiza TAC toracoabdominal urgente con contraste iv y oral a las 24 horas del ingreso evidenciando el contenido intestinal herniado a nivel de hemitórax derecho e izquierdo con desaparición de la imagen cardiaca. El estómago se encuentra infradiafragmático, así como el colon. El segmento de intestino delgado herniado corresponde a íleon terminal, evidenciándose el polo cecal situado en hipocondrio izquierdo yuxtaesplénico. Se instaura tratamiento con aspiración NG, fluidoterapia y cobertura antibiótica, siendo inefectivo, evidenciándose en el control radiológico a las 12 horas un incremento manifiesto del contenido intestinal en hemitórax derecho junto a

See front matter © 2014 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados

desviación traqueal por la compresión de la hernia. Clínicamente la paciente presenta signos de irritación peritoneal junto a dolor dorsolumbar severo que precisa mórficos. Es intervenida de urgencia, evidenciándose vólvulo de intestino delgado, secundario a la incarceración de un segmento de íleon terminal de aproximadamente 30 cm a través de hernia paraesofágica de aproximadamente 6 cm de diámetro máximo. Estómago situado en espacio subhepático y ciego en subfrénico izquierdo, ocurriendo a la vez vólvulo de ID secundario a la migración del íleon terminal. Se realiza reducción del contenido intestinal previa quelotomía del orificio herniario paraesofágico, resección del saco, cierre primario del defecto herniario y de los pilares, reforzamiento protésico de orificio paraesofágico con malla de Bio A, fijada con adhesivo tisular y overlapada con dos puntos fijados a peritoneo diafragmático de prolene (fotos) y "re-Nissenfloppy"

Conclusiones: La recidiva de la hernia de hiato cursa de forma asintomática en más del 50% de los casos. El diagnóstico se realiza de forma casual tras estudios radiológicos. Ante la presencia de un anillo pequeño aumenta el riesgo de incarceración y estrangulación manifestándose con cuadro de oclusión intestinal y representando una urgencia quirúrgica con elevada morbimortalidad. La reducción del contenido herniario, cierre del ojal y nueva confección del mecanismo antireflujo (Nissen) es la técnica de elección.

See front matter © 2014 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados