



V-005 - INTRUSIÓN DE MALLA DE HIATOPLASTIA EN LA LUZ ESOFÁGICA

Á. Villarín Rodríguez, J. Escrig Sos, J. Aldasoro Martín, J.A. Martín Jiménez, C. Fortea Sanchis, R. Queralt Martín, L. Granel Villach y J.L. Salvador Sanchis

Hospital General, Castellón de la Plana.

Resumen

Objetivos: Nuestro objetivo es definir el manejo de las complicaciones derivadas de la colocación de prótesis irreabsorbibles en la reparación de la hernia de hiato y establecer cuándo y de qué manera éste puede ser conservador.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 69 años de edad con antecedente quirúrgico de una funduplicatura de Nissen laparoscópica con colocación de prótesis irreabsorbible hace dos años por hernia de hiato. La paciente consulta por un cuadro de disfagia progresiva asociada a pérdida de peso, motivo por el cual se realiza una gastroscopia en la que se objetiva un cuerpo extraño intraluminal a nivel de esófago distal. Radiológicamente no presenta hernia de hiato ni reflujo. Se decide el ingreso de la paciente para administrar nutrición parenteral total y completar el estudio, y con el diagnóstico de intrusión de malla de hiatoplastia en la luz esofágica se valoran las opciones terapéuticas disponibles y se opta por el tratamiento conservador, planteando la extracción endoscópica del cuerpo extraño. Tras un intento fallido por endoscopia convencional se decide realizar el procedimiento en quirófano, con anestesia general y con la colaboración de Otorrinolaringología y la Unidad de Endoscopias, teniendo presente un eventual rescate quirúrgico. El procedimiento se basa en la introducción de un esofagoscopio rígido que servirá de canal de trabajo con fuente de luz propia permitiendo a su vez la introducción de un fibrobroncoscopio para obtener imagen. Una vez localizado el cuerpo extraño se procede a su movilización cuidadosa mediante pinzas de laparoscopia hasta su extracción. Tras esto, previa retirada del canal de trabajo se realiza un control con gastroscopio flexible para valorar hemostasia y posibles soluciones de continuidad. Tras la cirugía, la paciente evoluciona favorablemente. A las 24 horas se realiza radiografía de tórax de control sin alteraciones patológicas, iniciándose tolerancia oral a líquidos a las 48 horas. Una semana tras la intervención se realiza gastroscopia de comprobación en la que se objetiva tejido de granulación, sin ulceraciones ni otras lesiones. Actualmente la paciente ha sido dada de alta para control por Consultas Externas, encontrándose asintomática y con buena tolerancia oral y ganancia ponderal.

Discusión: La utilización sistemática de mallas en la reparación de la hernia de hiato es hoy por hoy motivo de controversia, máxime cuando éstas son de material irreabsorbible, dado que las complicaciones derivadas de un decúbito de la malla sobre el esófago pueden ser potencialmente graves y su resolución compleja y no exenta de morbi-mortalidad. Por tanto, si la presentación clínica es benigna el paciente se va a ver claramente beneficiado de un manejo mínimamente invasivo, en nuestro caso combinando la utilización de material de endoscopia y laparoscopia, siempre previendo un posible rescate quirúrgico en el mismo acto. En el vídeo, queda patente que en ausencia de estenosis esofágica inflamatoria es posible extraer sin complicaciones el cuerpo extraño esofágico por simple tracción.