



www.elsevier.es/cirugia

V-036 - HIATOPLASTIA CON MALLA DE BIO-A MESH DURANTE LA GASTROPLASTIA TUBULAR LAPAROSCÓPICA EN CASO DE HERNIA DE HIATO ASOCIADA A RGE

M. Sucas Macías, S. Morales-Conde, V. Camacho Marente, I. Alarcón del Agua, J. Cañete Gómez, J.M. Hisnard Cadet, Jean J. Padillo Ruiz y A. Barranco Moreno

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción: La gastroplastia tubular (GT) ha sido aceptada finalmente como un procedimiento primario en el tratamiento de la OM debido a los buenos resultados publicados a medio plazo en pérdida de peso y control de comorbilidades. Su indicación en caso de RGE preexistente sigue siendo controvertida. La presencia de esofagitis ha sido considerada hasta la fecha una contraindicación para la realización de este procedimiento, recomendándose en caso de hernia de hiato y reflujo, realizar una reducción de la hernia hiatal y posterior cierre de pilares. Nosotros proponemos la asociación de una hiatoplastia de refuerzo en estos casos.

Métodos: Previamente a la hiatoplastia, procedemos a disecar la curvatura mayor de forma ascendente, hasta alcanzar y desmontar el ángulo de Hiss (liberando las adherencias posteriores al páncreas), y de forma distal alcanzando los 5-6 cm del píloro. Continuamos el procedimiento, con la división de la membrana frenoesofágica, y posterior individualización de los pilares diafrágmáticos, manteniendo la tracción inferior sobre el fundus. Procedemos a disecar la hernia hiatal hasta el tercio distal del esófago a nivel mediastínico, para abdominalizarlo, y realizar posteriormente el cierre de los pilares con 2-3 puntos en "X" de material irreabsorbible. A continuación medimos el área a reforzar, y colocamos una malla absorbible recortada en forma de "U"(BIO-A Gore-Tex, Flagstaff, AZ), que es fijada con 2 puntos irreabsorbibles a la zona medial de la crura, y posteriormente recubierta con cola de fibrina en spray para facilitar su posterior integración y minimizar el riesgo de adherencias. A continuación procedemos a realizar la gastrectomía, sobre tutor de 40 fr, prestando especial atención a evitar que el giro de la línea de sutura, y manteniendo una separación suficiente a nivel de la cisura angularis. Todas las cargas son protegidas con Seamguard®, para minimizar el riesgo de sangrado.

Conclusiones: Añadir la hiatoplastia de refuerzo al cierre de pilares, es un paso técnicamente sencillo, que consume poco tiempo quirúrgico, y que minimiza el riesgo de recidiva de la hernia de hiato postoperatoria y posible RGE secundario, tras la pérdida de peso en estos pacientes. La principal ventaja de este tipo de malla, es que refuerza la región hiatal, sin dejar ningún cuerpo extraño residual, minimizando el riesgo de complicaciones PO asociadas a las mismas (erosiones y migraciones).