



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-090 - HERNIA DE HIATO PARAESOFÁGICA RECIDIVADA E INCARCERADA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Molinete, Marina; Sánchez Cordero, Sergio; Galmés, Carla; Artigot, Mariano; Rodríguez, René; Carmona, Daniel; Salazar, David; Janafse, Hassan

Consorti Sanitari de l'Anoia, Igualada.

Resumen

Introducción: Las hernias paraesofágicas comprenden el 5-10% de las hernias hiatales. El mayor factor de riesgo para desarrollar una hernia paraesofágica es la edad avanzada. Pueden presentar entre otras complicaciones estrangulación del contenido herniado requiriendo cirugía urgente.

Caso clínico: Paciente mujer de 71 años, alérgica al metamizol, tramadol, Ibuprofeno y contraste iodado, antecedentes de HTA, DM tipo II, apendicectomía, nefrectomía derecha por hipernefroma, funduplicatura tipo Nissen-Rossetti por hernia de hiato en noviembre de 2018 con tránsito esofagogástrico en octubre de 2019 con recidiva de hernia de hiato por deslizamiento con reflujo gastroesofágico pasivo hasta tercio superior en tratamiento con IBP. Consulta en urgencias de otro centro por dolor abdominal y vómitos oscuros de 24 horas de evolución. A la EF no dolor abdominal ni signos de irritación peritoneal. En Rx tórax se objetivaba hernia de hiato. Analíticamente presentaba leve aumento de la amilasa, sin otros hallazgos. Se solicita TAC abdominal que muestra cambios postquirúrgicos de funduplicatura con recidiva de hernia paraesofágica que contiene gran parte del fundus y cuerpo gástrico que condiciona distensión del segmento gástrico herniado y dilatación retrógrada del esófago con contenido líquido en su interior. No signos de sufrimiento de la pared gástrica. Se coloca SNG con salida de 100 cc de contenido de retención. Con la orientación diagnóstica de hernia paraesofágica con distensión del segmento gástrico herniado y dilatación retrógrada del esófago se decide traslado a nuestro centro. En el tercer día de ingreso la paciente presenta malestar general y ansiedad. A la exploración física correcta con abdomen anodino. Analíticamente destacaba leucocitosis de 14.000 con neutrofilia y PCR de 251 mg/l. Se realiza TAC torácico que muestra esófago dilatado con restos de secreciones, SNG con extremo distal en esófago inferior. Fundus y cuerpo gástrico a nivel de tórax en relación a hernia paraesofágica con abundante retención de líquidos que ocasiona atelectasia compresiva del parénquima pulmonar adyacente y desviación mediastínica contralateral con derrame pleural bilateral. Dado el empeoramiento radiológico y analítico, se decide intervención quirúrgica urgente. Se realiza laparotomía subcostal bilateral con presencia de líquido turbio en región de hiato esofágico, presencia de hernia de hiato incarcerada con anillo hiatal estrecho que contiene estómago requiriendo quelotomía del diafragma anterior y reducción del estómago a cavidad abdominal. Presencia de placas de necrosis en cara anterior de curvatura mayor y perforación a nivel de esófago distal que se sutura con puntos de vicryl, disección de los pilares con cierre anterior, colocación de malla de bioA, resección atípica gástrica de curvatura mayor y colecistectomía. En el postoperatorio en UCI la paciente presenta episodios de taquicardia regular con QRS estrecho que ceden con adenosina y transfusión de 1HC. Posterior curso en planta correcto siendo dada de alta.

Discusión: La tasa de recurrencia de la hernia hiatal después de la funduplicatura es significativamente mayor en pacientes con hernias grandes. El tipo de funduplicatura no es un factor significativo que relacione con mayores tasas de recidiva. La incarceration de una hernia paraesofágica es una complicación que requiere cirugía urgente (0,7-7%) asociándose a mayores tasas de morbilidad.