



P-098 - INCLUSIÓN DE MALLA QUIRÚRGICA TRAS REPARACIÓN DE HERNIA HIATAL. UNA COMPLICACIÓN PREOCUPANTE.

González Hernández, Sergio; Díaz Pérez, Beatriz; Guil Ortiz, Beatriz; Rodríguez González, Diana; Díaz Luis, Hermógenes; Carrillo Pallares, Ángel

Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna.

Resumen

Introducción: El porcentaje de recidivas tras la cirugía en la hernia hiatal es hasta de un 42%, por lo que es común el uso de mallas para reforzar el cierre del defecto del hiato. El uso de mallas, aunque muy extendido, no está exento de complicaciones, siendo la más grave y preocupante en el momento actual la inclusión de la malla en el tejido. Lo más común es que se presente como disfagia, siendo también posible la aparición de epigastralgia o regurgitación. El tiempo desde la cirugía hasta que aparece la complicación es muy variable, desde la semana después de la intervención hasta varios años después. El mecanismo principal por el cual se produce la inclusión de la malla es la erosión continua que sufren los tejidos a lo largo del tiempo al moverse en contacto con los bordes de la malla.

Caso clínico: Paciente mujer de 78 años que es intervenida de hernia hiatal gigante, con contenido conformado por estomago pseudovolvulado y colon transverso, realizándose funduplicatura tipo Nissen reforzada con malla sintética no reabsorbible. La paciente es dada de alta tras una correcta tolerancia oral. A los 3 meses la paciente presenta disfagia para sólidos y dolor retroesternal. Se le realiza un EGD de control en el cual se informa de recidiva de hernia hiatal con fundus gástrico en su interior. Ante los hallazgos descritos se incluye en lista de espera para rehacer la funduplicatura. 3 meses más tarde, la paciente ingresa a través del servicio de urgencias al hospital por disfagia total. Se decide intervenir en el mismo ingreso. En la cirugía se objetivó un enorme síndrome adherencial que no permitía visualizar correctamente las estructuras. Al liberarlo se pudo ver como la malla sintética estaba completamente integrada en el tejido de las valvas de la funduplicatura previa, unión esófago-gástrica y esófago abdominal. Además se vio una recidiva de la hernia, ya que las valvas del Nissen se encontraban ascendidas al tórax. Al intentar retirar la malla se produce una apertura del esófago y de la unión gastroesofágica, por lo que se decide realizar una esofagectomía tipo Ivor-Lewis. Se cierra el defecto diafragmático sin malla. La paciente presenta un postoperatorio tórpido y es dada de alta un mes y medio tras la intervención.

Discusión: Nos encontramos ante una complicación que puede ver aumentada su incidencia de forma preocupante de aquí en adelante por la gran cantidad de mallas que se han colocado a lo largo de los años y porque el tiempo hasta la aparición es muy variable. Ante el posible incremento de la incidencia y las consecuencias fatales que puede acarrear esta complicación, la recomendación es no utilizar mallas en la reparación de hernias hiatales a no ser que no sea posible el cierre del defecto herniario de ninguna otra manera. También se pueden utilizar mallas biológicas, pero estas ofrecen una menor resistencia y no evitan totalmente esta complicación, ya que en la literatura hay descrito un caso tras utilizar una malla de este tipo.