



## V-40 - TRATAMIENTO DE LA HERNIA DE HIATO MIXTA (TIPOIII) EN LA OBESIDAD MÓRBIDA

J. Barrenetxea Asua, I. Díez del Val, C. Loureiro González, P. Pérez de Villarreal, M. García Carrillo, I. Bengoetxea Peña, J.E. Bilbao Axpe y J.J. Méndez Martín

Hospital de Basurto-Osakidetza, Bilbao.

### Resumen

**Introducción:** Presentamos el caso de una paciente de 60 años diagnosticada de una hernia de hiato mixta (tipo III) con un IMC de 47 kg/m<sup>2</sup> con clínica de epigastralgia, intolerancia alimenticia y vómitos de dos años de evolución. Estudiada con gastroscopia, se aprecia un braquiesófago y una gran hernia hiatal; en el tránsito EGD se evidencia una hernia de hiato tipo III.

**Métodos:** Técnica quirúrgica: mediante acceso laparoscópico, tras la disección de la unión esófago-gástrica, se objetiva la presencia de una gran hernia de hiato. Una vez reducida la hernia, procedemos a reseccionar el saco herniario, abdominalización del esófago distal, cierre calibrado de pilares diafragmáticos y bypass gástrico en Y de Roux. Utilizamos seis trócares supraumbilicales, 4 de 12 mm y 2 de 5 mm, porque introducimos uno subcostal izquierdo para la disección del hiato esofágico y del saco herniario. Deben mencionarse especialmente los siguientes pasos durante el procedimiento: disección y abdominalización del esófago distal, así como resección del saco herniario y cierre calibrado de pilares diafragmáticos. Realización de un reservorio gástrico aislado de unos 3 × 5 cm, con la anastomosis reservorio-yeyunal mediante sutura circular mecánica, introduciendo por vía transoral el Orvil-25, y asegurando el orificio creado por el vástago con una sutura ?en bolsa de tabaco? alrededor de este. Cierre manual con sutura continua del orificio de introducción de la endograpadora en la anastomosis del pie de asa. Cierre de la brecha mesoyeyunal del pie de asa con sutura irreabsorbible. La evolución postoperatoria fue satisfactoria, Controlada en Consultas, la paciente presenta una buena tolerancia alimentaria y se encuentra libre de sintomatología de ERGE.

**Conclusiones:** La funduplicatura clásica muestra malos resultados como tratamiento antirreflujo en pacientes con obesidad mórbida. Tal como sugiere la SAGES en su documento de consenso de 2010, consideramos que el bypass gástrico en Y de Roux como la técnica de elección en pacientes con un IMC > 35.