



Cirugía Española

**CIRUGÍA
ESPAÑOLA**
Revista de la Asociación Española de Cirujanos

Volumen 91, Especial Congreso 2, Octubre 2013

XIX Reunión Nacional de Cirugía

Madrid, 25-26 de octubre de 2013



www.elsevier.es/cirugia

P-038 - HERNIOPLASTIA HIATAL CON MALLA POR VÍA LAPAROSCÓPICA EN LA HERNIA DE HIATO GIGANTE

R. Saborit Montalt, D. Roig Bataller, R. Penalba Palmi, T. Pérez Pérez, B. Tormos Tronqual, A. Bosca, L. Minguet Mocholi, J. García del Caño, S. Deusa Gea, V. Roselló Bono y J. Aguiló Lucia

Hospital Lluís Alcanyís, Xàtiva.

Resumen

Introducción: El tratamiento quirúrgico de la hernia hiatal gigante está indicado cuando es sintomática ante el riesgo de complicaciones mayores como la perforación, la hemorragia digestiva y la volvulación. La elevada tasa de recidiva postquirúrgica se ha atribuido al cierre de pilares bajo tensión. Con el objetivo de realizar una hiatoplastia sin tensión se viene utilizando mallas de distintos materiales que han reducido la recidiva, aunque no están exentas de morbilidad como la disfagia, la migración o incluso la erosión esofágica.

Objetivos: Analizar los resultados a corto y medio plazo de una serie de pacientes con hernia hiatal gigante intervenidos por vía laparoscópica mediante una reparación con malla del orificio hiatal.

Métodos: En el periodo 2006-2012, 18 pacientes fueron intervenidos de una hernia de hiato gigante sintomática por vía laparoscópica por 2 cirujanos con experiencia en cirugía esófago-gástrica y en cirugía laparoscópica. En todos los pacientes se realizó una valoración clínica, estudio radiológico de tránsito baritado y endoscopia alta. En los casos con clínica de reflujo gastroesofágico se asoció una manometría y pHmetría esofágicas para valorar la necesidad de una técnica antirreflujo. La técnica quirúrgica consistió en acceso mediante 5 trócares, disección del hiato esofágico, resección del saco herniario, reducción de vísceras herniadas a cavidad abdominal, hiatoplastia con una malla especialmente diseñada para el orificio hiatal de doble capa (polipropileno y silicona) con una protección de silicona en la zona de contacto con el esófago, que se fijó a los pilares y diafragma con puntos irreabsorbibles y un adhesivo tisular. Dependiendo de la sintomatología y del estudio funcional se asoció una técnica antirreflujo. Se revisaron todos pacientes a los 3 meses y posteriormente al año. Se analizó la morbilidad perioperatoria, la recidiva y la calidad de vida mediante el test de GiQLi por personal distinto del equipo quirúrgico.

Resultados: De los 18 casos se realizaron 2 conversiones. Como complicaciones menores intraoperatorias hubo hemorragias leves que se resolvieron y una perforación pleural. Como complicaciones mayores, un caso de hemorragia que requirió conversión y un caso de recidiva herniaria inmediata que se reintervino precozmente. La revisión al año de 16 pacientes (2 aún no lo han cumplido) de distribuyó en: Visick I 8 casos, Visick II 3 casos, Visick III 4 casos (2 de ellos con recidivas herniarias que supuso un 12%) y un caso perdido. Se realizó una entrevista individual para valorar la calidad de vida de los pacientes que llevaban operados más de un año mediante el test de GiQLI: de 12 pacientes, 8 tenían una puntuación mayor de 106 (superior a la población normal) y 4 inferior. No se detectaron complicaciones locales de la malla.

Conclusiones: La cirugía de la hernia hiatal gigante continúa siendo un problema complejo, aunque la utilización de mallas ha reducido la tasa de recidiva. La malla mixta utilizada de polipropileno y silicona, no ha presentado erosiones esofágicas ni migraciones. Los resultados presentados son similares a los de la literatura en recidiva, escala Visick y calidad de vida.