



V-117 - REPARACIÓN DE HERNIA TRASHIATAL CON MALLA EN PACIENTE ESOFAGUECTOMIZADO

Montenegro Romero, Ricardo; Parada González, Purificación; Lesquereux Martínez, Lucía; Bustamante Montalvo, Manuel

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.

Resumen

Introducción: La hernia de hiato es aquella condición en la que los elementos de la cavidad abdominal ascienden hacia el mediastino a través del hiato esofágico. Las hernias de hiato paraesofágicas se caracterizan por tener un saco peritoneal completo que asciende al tórax por delante de la UEG. Las hernias secundarias se producen tras un procedimiento quirúrgico (cirugía hiatal o resecciones esofagogástricas) en el que se realiza sección de la membrana frenoesofágica conertura del hiato esofágico. Se ven facilitadas por la presión negativa torácica y la positiva abdominal. En estas no existe un saco herniario como en las hernias primarias, siendo laboriosas la reducción de los elementos herniados al tórax y la anatomización hiatal por la inexistencia de planos claros de disección y la presencia de adherencias. Tras la cirugía del cáncer esofagogástrico se describen entre el 0 y el 12% tras la esofagectomía mínimamente invasiva. La mayor incidencia de hernia hiatal sintomática tras esofagectomía mínimamente invasiva (4,5%) puede atribuirse a la menor formación de adherencias tras la laparoscópica. Estas se pueden reparar por vía laparoscópica, siempre que el paciente no asocie compromiso cardiopulmonar, mediante rafia o refuerzo protésico. Dada la escasa frecuencia no existe una técnica estandarizada y tampoco criterios para definir el acceso. En estas hernias se debe sopesar el objetivo de conseguir un cierre adecuado frente al potencial riesgo de daño vascular de la plastia gástrica o cólica.

Caso clínico: Paciente de 39 años intervenido en octubre de 2016 de un ADC de cardias, realizándose esofagectomía distal tipo Ivor-Lewis tras neoadyuvancia con radioquimioterapia. En el TC de control de julio de 2017 se evidencia pequeña hernia diafragmática izquierda y tras 2 años de seguimiento, en enero de 2019, se evidencia crecimiento de esta con herniación de ángulo esplénico de colon a su través con el meso acompañante. El paciente clínicamente durante este periodo presentó episodios constantes de pirosis asociados con dolor en hipochondrio izquierdo de forma ocasional. Por todo esto y tras un año de seguimiento, al mantenerse inmodificada, y con el riesgo de incarceración colónica, se procede a la reparación trashiatal en diciembre de 2020 con colocación de malla por vía laparoscópica. Al mes y medio de la intervención en la revisión el paciente se encuentra bien aunque con aumento del reflujo en probable relación con aumento de la ingesta que se corrige con medidas dietéticas.



Discusión: El abordaje laparoscópico de las hernias de hiato es factible y seguro. Con la experiencia en cirugía laparoscópica se ha conseguido una baja morbilidad y mortalidad, con una estancia hospitalaria más corta, resultados del seguimiento comparables a la cirugía abierta. Los intentos para mejorar los métodos de cierre del defecto hiatal, mediante el empleo de mallas han permitido una reducción del riesgo de recidiva, sin embargo en las hernias secundarias como la del caso es imprescindible la disección cuidadosa y valorar el potencial riesgo de lesión vascular de la plastia gástrica por lo que debe realizarse en centros altamente especializados y con gran volumen de patología esofagogástrica.