



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-159 - PATRÓN TEMPORAL Y UBICACIÓN ANATÓMICA DEL DEFECTO HIATAL EN LA HERNIA RECIDIVADA: EFECTIVIDAD DE LA CIRUGÍA DE REVISIÓN

Mogollón González, Mónica; Triguero Cabrera, Jennifer; Arteaga Ledesma, María; Mohamed Chairi, Mohamed Hassin; Álvarez Martín, María Jesús; Villar del Moral, Jesús María

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Objetivos: Nuestro objetivo fue evaluar la ubicación del defecto hiatal durante la cirugía de la hernia de hiato (HH) recidivada (HHR) y analizar su relación con el tiempo de aparición de la recidiva, como base para desarrollar una probable teoría de la recurrencia. Además, evaluamos la efectividad de la cirugía de revisión (CR).

Métodos: Estudio observacional, unicéntrico que incluye pacientes sometidos a CR por recidiva sintomática de HH entre enero 2014-diciembre 2019. El tiempo hasta la recidiva se calculó desde la fecha de la cirugía inicial hasta el momento de la confirmación objetiva de la existencia de recidiva. Las variables cualitativas se expresaron mediante porcentajes y las cuantitativas mediante su mediana y rango intercuartílico (RI). Las diferencias se analizaron mediante el test U de Mann Whitney. Se consideró significativo el valor $p < 0,05$.

Resultados: 232 pacientes fueron intervenidos de cirugía antirreflujo, 21 de los cuales (9%) fueron sometidos a CR por recidiva sintomática de la HH. Los resultados se resumen en las tablas. El tiempo mediano de aparición de la recurrencia para los defectos anteriores y posteriores fue de 24 (16-30) y 7,5 (2,2-11,5) meses respectivamente, con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$). La cirugía resolvió los síntomas preoperatorios en 16 pacientes (71,4%). En 5 pacientes persistieron los síntomas de reflujo y 3 pacientes (14,3%) desarrollaron disfagia prolongada.

Datos demográficos

Resultados (n = 21)

Edad (años)

59 (52-69)

Género

Varón

5 (23,8%)

Mujer

16 (76,2)

IMC (kg/m ²)	28 (25-28,8)
Síntomas ERGE	
Típicos	12 (57,1)
Atípicos	5 (23,8)
Ambos	4 (19)
Disfagia	4 (19)
Pruebas preoperatorias	Resultados
Tránsito baritado	n = 21
HH visible	21 (100)
Reflujo visible	15 (71,4)
EDA:	n = 16
Normal	7 (33,3)
Saco herniario	9 (42,9)
Esofagitis	6 (28,6)
Barrett	2 (9,5)
Manometría:	n = 14
Normal	4 (19)
Motilidad esofágica ineficaz	7 (33,3)

Obstrucción a la salida	2 (9,5)
pHmetría	n = 9
Normal	2 (9,5)
Reflujo leve	2 (9,5)
Reflujo moderado-grave	5 (23,8)
Datos quirúrgicos	n = 21
Abordaje laparoscópico	20 (95,2)
Esófago corto	3 (14,3)
Tipo de recidiva	
Ia	15 (71,4)
Ib	1 (4,8)
II	4 (19)
III	1 (4,8)
Tamaño HHR	
Moderada (2-5 cm)	10 (47,6)
Grande (> 5-10 cm)	6 (28,6)
Gigante (> 10 cm)	5 (23,8)
Estado de la funduplicatura	

Íntegra	13 (61,9)
Parcialmente deshecha	6 (28,6)
Realizada con cuerpo	2 (9,5)
Localización hiatal de la recidiva:	
Defecto anterior	13 (61,9)
Defecto posterior	8 (38,1)
Tipo de funduplicatura	
Nissen	20 (95,2)
Toupet	1 (4,8)
Collis-Nissen	3 (14,3)
Malla hiatal	15 (71,4)
Drenaje	11 (5,5)

Conclusiones: En nuestra serie, la mayor parte de las recidivas ocurrieron a través de la parte anterior del hiato. La mediana de tiempo hasta la aparición de la recidiva demostró una correlación con la localización del defecto hiatal, de manera que recidivas anteriores fueron más tardías y recidivas posteriores más precoces. Esto nos hace pensar que las recurrencias tempranas se deben a la ruptura de la reparación crural posterior y las tardías a un agrandamiento progresivo del hiato anterior. Se debe realizar una cuidadosa selección de los pacientes para CR ya que se trata de una cirugía con importantes exigencias técnicas, no exenta de riesgos y con unos resultados en cuanto a la resolución de síntomas aún no probados.