



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-155 - HIATORRAFIA MODIFICADA EN HERNIAS HIATALES PARESOFÁGICAS: UNA ALTERNATIVA AL USO DE MALLAS EN EL HIATO

Aranzana Gómez, Aurelio Francisco; Trinidad Borrás, Anna; Tébar Zamora, Aída; López Pardo, Rafael; Malo Corral, Juan Sebastián; Hernández Gutiérrez, Jara

Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Resumen

Introducción: En la actualidad el abordaje laparoscópico es el de elección para las hernias hiatales, sin embargo es controvertido para las hernias hiatales grandes debido a que el defecto hiatal es mayor, la resolución completa se complica por la mayor dificultad en la disección e identificación de las estructuras y la tensión en el cierre libre de los pilares hace que, en muchos casos, el cierre adecuado sea imposible. Sin embargo objetivamos que la disposición que resulta del hiato después de la disección de estas grandes hernias hiatales no es un triángulo invertido hacia los pilares, sino un triángulo con un ángulo cerrado al lado izquierdo del diafragma que es más fácil de cerrar desde ese lado (hiatorrafia izquierda), sin agregar tensión desde el pilar derecho al izquierdo. En estos casos, aunque la tendencia actual es utilizar una malla o realizar un Collis-Nissen, su uso es muy controvertido ya que se han publicado complicaciones que requieren resecciones esofagogástricas mayores, con migración de la malla a la luz esofagogástrica, teniendo en cuenta que la unión esófago-gástrica es una región dinámica, sujeta a movimiento continuo.

Objetivos: Demostrar la eficacia de la hiatorrafia sin el uso de malla en la hernia de hiato paraesofágica, así como la estandarización de nuestra técnica, mostrando cómo intentamos cerrar estos defectos sin necesidad de colocar malla.

Métodos: Tras 114 casos de hernias de hiato gigante-paraesofágicas (aquellas tipo IV o con más de la mitad del estómago intraherniario o tipo III grande por deslizamiento o con defectos de más de 7 cm), con seguimiento y recidiva radiológica tasa del 18% (más de 3 cm de ascenso del mediastino Nissen), y una tasa de reintervención del 5%, presentamos una serie consecutiva de 18 pacientes a los que se les realizó una modificación técnica a la hiatorrafia que solíamos hacer, la cual consiste de cerrar alternativamente los pilares, primero posterior, como máximo 3 puntos, seguido de una hiatorrafia anterior e izquierda, comprobando que la tensión disminuye, logrando un "cierre adecuado". Presentamos un vídeo que recoge los pasos de la técnica en diferentes pacientes de la serie Resultados: Estandarización de la técnica: Reducción de todo el contenido y del saco, disección mediastinal extendida, hasta la vena pulmonar para obtener suficiente esófago abdominal y descartar la presencia de un esófago corto, hiatorrafia modificada, posterior-anterior e hiatorrafia izquierda con suturas en X con sutura no reabsorbible sobre parches de refuerzo de teflón, funduplicatura tipo Nissen (opcional Toupet) fijada a ambos pilares (funduplicaturorropexia), marcada con clips para control Rx, drenaje mediastínico. EGD al 1^{er} día PO. Asintomáticos y sin recidiva radiológica en el seguimiento.

Conclusiones: En las hernias de hiato gigantes y paraesofágicas, la hiatorrafia primaria modificada junto con la disección esofágica mediastínica extendida puede ser una alternativa eficaz y segura, y puede recomendarse como gesto técnico antes de la colocación de una malla. La estandarización del procedimiento facilita su realización. El uso de mallas en el hiato debe individualizarse para cada paciente.