



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

VC-033 - HERNIA PARAESOFÁGICA VOLVULADA Y PERFORADA. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO

Espinet Blasco, Marina; Norte García, Andrea; García Romera, Ángel; Bermeo Jarrín, Esteban; Pérez Romero, Noelia; Fernández Ananin, Sonia; Medrano Caviedes, Rodrigo; Targarona Soler, Eduard

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Resumen

Objetivos: La hernia paraesofágica es la menos frecuente de las hernias de hiato (2-4%), donde el fundus gástrico se hernia a través del hiato sin desplazarse la unión esofagogástrica. La obesidad se ha asociado a una mayor incidencia de este tipo de hernias. Una complicación poco frecuente pero potencialmente mortal si no se diagnostica y se trata a tiempo es la volvulación gástrica aguda, donde el estómago gira sobre sí mismo causando estrangulación que puede evolucionar a necrosis y perforación. Existen dos tipos según el eje de rotación: organoaxial, y mesentericoaxial. Su presentación puede ser inespecífica, aunque la tríada clásica consiste en dolor epigástrico, náuseas improductivas e imposibilidad de colocación de sonda nasogástrica (tríada de Borchardt). Ante un diagnóstico de sospecha se debe confirmar con TC. Es primordial la descompresión gástrica endoscópica que permite observar si existe necrosis asociada. La presencia de esta o de otras complicaciones tendrían indicación de revisión quirúrgica. No existe una técnica estandarizada debido a la baja frecuencia de casos, la gran variabilidad de hallazgos y situación clínica del paciente. Presentamos un caso de hernia paraesofágica volvulada que requirió cirugía urgente.

Caso clínico: Se trata de una mujer de 44 años con obesidad (IMC 40). Consulta en urgencias por dolor epigástrico de tres días y vómitos en las últimas horas que progresan hasta intolerancia oral total. Analíticamente presenta leucocitosis y elevación PCR por lo que se realiza TC donde se observa un vólvulo gástrico mesentericoaxial con perforación contenida en curvatura mayor. Se intenta colocación de sonda nasogástrica para descompresión que resulta imposible. Dado el hallazgo de perforación contenida se desestima la gastroscopia y se indica intervención quirúrgica urgente por abordaje laparoscópico. Se reduce de la zona del antro-píloro herniada con apertura de la perforación y salida de contenido gástrico. Se realiza cierre de pilares con sutura barbada y gastrectomía parcial incluyendo la perforación. Por inestabilidad hemodinámica se decide no asociar una técnica antirreflujo. Finalmente se realizan lavados abundantes y colocación de drenajes. La paciente presenta un posoperatorio marcado por colecciones abdominales conductadas por drenajes quirúrgicos; y derrame pleural que requiere de toracocentesis evacuadora y posteriormente drenaje pleural por recidiva. Presenta tolerancia oral correcta en todo momento. Es dada de alta al 31º día posoperatorio.

Discusión: La volvulación gástrica es una patología grave que cuando asocia isquemia y/o perforación requiere un tratamiento quirúrgico precoz. En los últimos años, la creciente experiencia y generalización de la laparoscopia ha favorecido el abordaje mínimamente invasivo a pesar de su complejidad. Aunque se recomienda asociar una técnica antirreflujo, esta puede verse condicionada por el estado hemodinámico del paciente.