



P-214 - PERFORACIÓN GÁSTRICA POSFUNDUPPLICATURA TIPO DOR: MANEJO QUIRÚRGICO DE UNA RECIDIVA COMPLICADA

Guilarte Hernández, Henry André; Benavides, Diana; Centeno, Alvaro; Bellorin, Carlos; Rey, Jon; Sánchez, Rocío; Rodil, Marina; Louredo, Ángel

Complejo Asistencial de Palencia, Palencia.

Resumen

Introducción: La recidiva de una hernia hiatal puede dar lugar a complicaciones graves, como el volvulo gástrico, la isquemia y la perforación. Presentamos el caso de un paciente con hernia hiatal tipo IV tratado quirúrgicamente con funduplicatura tipo Dor, quien desarrolló una recidiva complicada con estrangulación gástrica, requiriendo gastrectomía total de urgencia. Este caso resalta la importancia del seguimiento posoperatorio y del reconocimiento temprano de signos de alarma. La hernia hiatal se produce cuando parte del estómago protruye a través del hiato esofágico hacia el mediastino. Las hernias tipo IV, que implican la migración de otros órganos abdominales al tórax, presentan mayor riesgo de complicaciones. El tratamiento quirúrgico incluye reducción herniaria, cierre de pilares diafrágmáticos y funduplicatura, total (Nissen) o parcial (Dor, Toupet), según la motilidad esofágica. Aunque las funduplicaturas parciales se asocian con menor incidencia de disfagia posoperatoria, pueden tener mayor tasa de recidiva, especialmente en hernias voluminosas. La recidiva puede evolucionar a volvulo gástrico, estrangulación e incluso perforación, lo que constituye una urgencia quirúrgica potencialmente letal.

Caso clínico: Varón de 59 años con antecedentes de hernia hiatal tipo IV, intervenido mediante reducción herniaria, funduplicatura tipo Dor y cierre de pilares. A los dos meses del posoperatorio presentó disfagia progresiva, eructos persistentes y vómitos ocasionales. La tomografía computarizada (TC) reveló una recidiva herniaria con volvulo gástrico órgano-axial. Se realizó endoscopia con descompresión y colocación de sonda nasoyeyunal. Durante su hospitalización desarrolló dolor epigástrico intenso, distensión abdominal y una crisis hipertensiva. La radiografía mostró neumoperitoneo, y una TC urgente confirmó perforación gástrica con signos de isquemia. Se realizó laparotomía de urgencia, encontrándose gran isquemia gástrica y una perforación amplia en la región del cardias. Se practicó gastrectomía total con anastomosis esófago-yejunal en Y de Roux y yeyunostomía de alimentación. El posoperatorio fue complicado por shock séptico, trombosis de la vena porta derecha e íleo paralítico, manejados de forma conservadora. El paciente fue dado de alta de la unidad de cuidados intensivos al décimo día, con evolución favorable y alta hospitalaria posterior en condiciones estables.

Discusión: La recidiva de hernia hiatal es una complicación reconocida, con tasas reportadas entre 5% y 20% tras funduplicaturas parciales. En hernias tipo IV, el riesgo de volvulo gástrico y estrangulación se incrementa, especialmente si existen factores como relajación de pilares o

tensiones sobre la reparación. La presentación clínica puede ser inespecífica, lo que retrasa el diagnóstico. En este caso, la progresión a isquemia y perforación requirió una intervención radical. La gastrectomía total es el tratamiento de elección cuando existe necrosis gástrica extensa. Este caso subraya la necesidad de un seguimiento estrecho tras la cirugía y una evaluación inmediata ante síntomas digestivos persistentes o progresivos.