



V-081 - HIATORRAFIA MODIFICADA COMO ALTERNATIVA AL USO DE MALLAS EN LA HERNIA DE HIATO PARAESOFÁGICA

Aranzana Gómez, Aurelio; Rodríguez-Carreño Díaz, Lucas; Cadaval Moreno, Luis; Chiva San Roman, Ignacio; López Pardo, Rafael; Ortega Ortega, Elena; Morante Castaño, Jana; Cendrero Martín, Manuel

Complejo Hospitalario, Toledo.

Resumen

Introducción: Actualmente, el abordaje laparoscópico es controvertido para las grandes hernias hiatales ya que el defecto hiatal es mayor, siendo complicada la resolución completa por la dificultad mayor en la disección e identificación de las estructuras y el cierre sin tensión de los pilares. En estos casos, aunque la tendencia actual es la utilización de mallas-hiatoplastia o realizar un Collis-Nissen, para prevenir el alto índice de recidivas, su uso aún es muy controvertido ya que se han publicado complicaciones importantes debidas a la migración-erosión del material protésico a la luz esofagagástrica y secundarias a la gastroplastia del Collis, de difícil solución quirúrgica.

Objetivos: Demostrar la eficacia de la hiatorrafia sin necesidad del uso de mallas en el tratamiento de las hernias de hiato gigantes paraesofágicas.

Métodos: Se expone la anatomía del hiato que aparece en las hernias de hiato gigantes, con la formación de un ángulo hacia el lado izquierdo. En el hiato, el uso y acción de mallas es diferente a como se realiza en el caso de las hernias paracolostómicas (técnica de Sugarbaker), para cubrir el defecto y que la presión intraabdominal se ejerza sobre la malla, “parietalizando” el órgano intraherniario (colon), asumimos que no se puede “parietalizar” la unión esofagagástrica. Se expone vídeo demostrativo de cómo realizamos un cierre adecuado con hiatorrafia izquierda - “en trébol”. A continuación vídeo de caso clínico: mujer de 68 años, AP- FA paroxística, PFR-patrón restrictivo grave, hernia hiatal sintomática con intolerancia progresiva y disnea posingesta, sin ERGE asociado. Exploraciones complementarias de interés: EGD: el estómago rotado y englobado en una hh gigante. Endoscopia: no completada por formación de asa del endoscopio dentro de hernia hiatal gigante con volvulación gástrica. TAC: gran hernia hiatal, con la totalidad del estómago en su interior, volvulación combinada con un orificio herniario de 37 × 48 mm.

Resultados: Intervención: abordaje laparoscópico. HH de gran tamaño paraesofágica, tipo IV, todo el estómago en su interior, doble componente volvular organoaxial-y-mesentérico, vasos gástricos izquierdos en situación mediastínica, arteria esplénica medial al pilar izquierdo. Reducción de todo el contenido intraherniario (viable), reducción-abdominalización del saco, resección casi completa del saco y lipoma retroesofágico, preservación vagal, disección esofágica mediastínica extendida, hasta vena pulmonar y conseguir suficiente esófago abdominal (más de 5 cm) y descartar la presencia de un esófago corto, identificación de ambos pilares y crura, Hiatorrafia tutorizada,

estandarizada :1.º posterior y 2.º anterior, y en 3.º izquierda, evitando la tensión de forma sucesiva, con ptos. en "X" con sutura reabsorbible sobre parches de refuerzo de teflón, anudado extracorpóreo. Nissen, tutorizado, fijado a ambos pilares, drenaje intramediastínico. Curso posoperatorio con ingesta al 1.º día, EGD posoperatorio de control normal,

Conclusiones: En las hernias de hiato gigantes y paraesofágicas, la hiatorrafia primaria modificada junto con la disección esofágica mediastínica extendida pueden ser una alternativa eficaz y segura, pudiendo aconsejarse como gesto técnico previo a la realización de un Collis Nissen o colocación de una malla hiatal-hiatoplastia. El uso de las mallas en el hiato para el tratamiento de las grandes hernias hiatales debe ser individualizado para cada paciente, teniendo en cuenta la edad, consistencia de los pilares y excesiva tensión en el cierre del defecto hiatal. La estandarización del procedimiento facilita la realización del mismo aumentando la seguridad y eficacia, sobre todo en casos de mayor complejidad.