



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-686 - HERNIA DE HIATO COMPLICADA CON *SHOCK* OBSTRUCTIVO: A PROPÓSITO DE UN CASO CON EVOLUCIÓN QUIRÚRGICA COMPLEJA

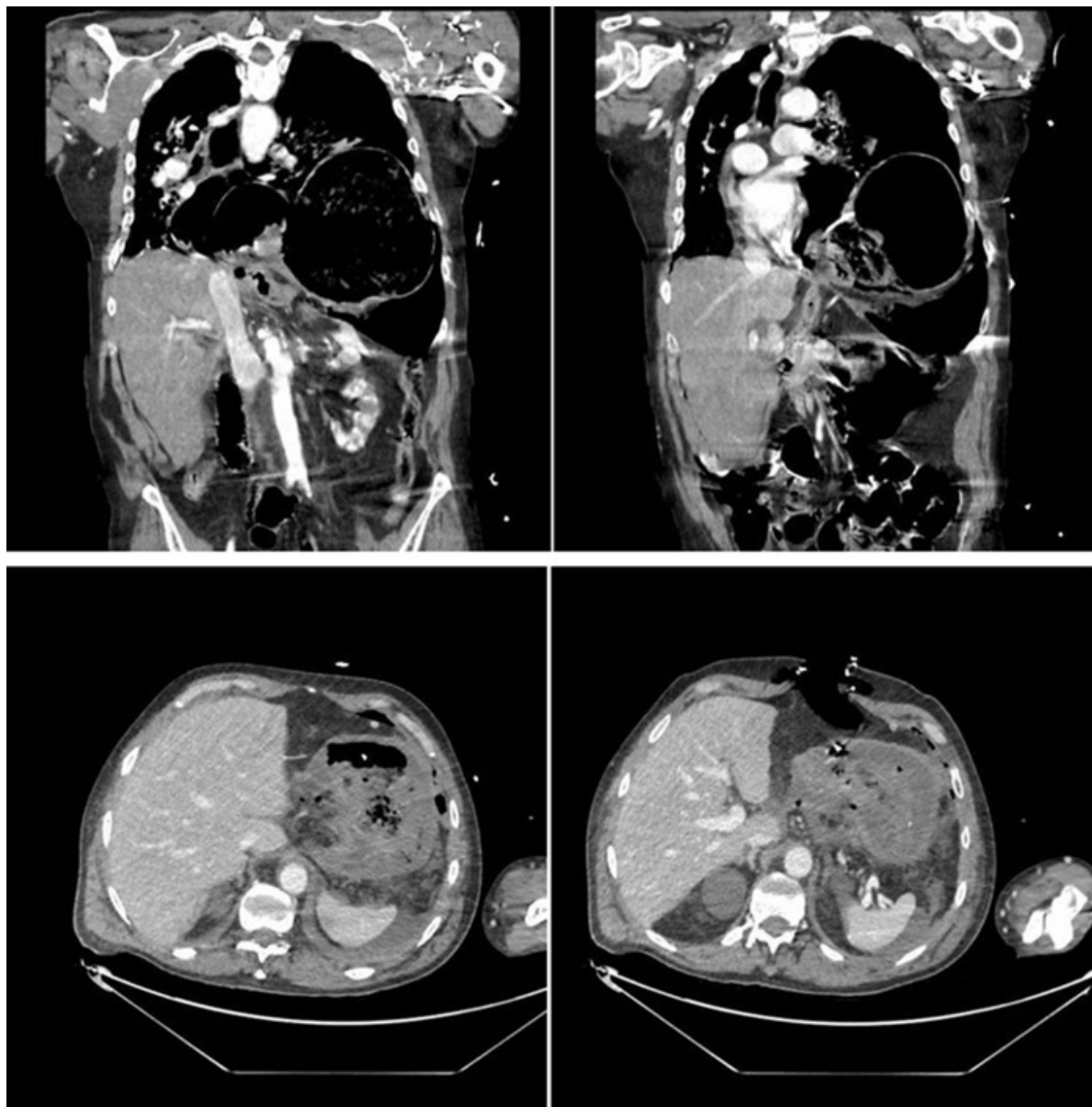
Noriega Mel, Raquel; Díez Núñez, Ana; Campos Martínez, Francisco Javier; Mestre Ponce, Carmen; Murube Algarra, Carmen; Martínez Ruíz, Laura; Callejo Piosa, Araceli; Vega Ruíz, Vicente

Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real.

Resumen

Introducción: Las hernias de hiato recidivadas pueden ocasionar complicaciones potencialmente letales, como estrangulación, obstrucción y neumotórax a tensión con *shock* obstructivo por compresión mediastínica. En estos casos, es fundamental una estabilización inicial del paciente, drenaje urgente del neumotórax y posterior intervención quirúrgica inmediata. Esta debe incluir la reducción del contenido herniado, escisión completa del saco y movilización de al menos 2-3 cm de esófago hacia el abdomen para permitir un cierre sin tensión de las cruras, acompañado de funduplicatura cuando sea factible.

Caso clínico: Varón de 67 años con antecedente de funduplicatura tipo Nissen por hernia hiatal tipo IV, que consultó inicialmente por disfagia a sólidos y epigastralgia. El esofagograma reveló recidiva. Dieciocho meses después, ingresó en urgencias por dolor epigástrico intenso e insuficiencia respiratoria aguda. A su llegada, se realizó TC toracoabdominal evidenciándose hernia hiatal gigante con migración gástrica intratorácica completa, neumotórax izquierdo a tensión con desplazamiento mediastínico contralateral y neumoperitoneo. Ante la inestabilidad clínica, se intubó al paciente, quien sufrió parada cardiorrespiratoria revertida tras 12 minutos de maniobras de RCP y colocación de tubo torácico. Se procedió a cirugía urgente con reducción gástrica, hiatoplastia y cierre abdominal diferido por deterioro respiratorio intraoperatorio, dejándose abdomen abierto con bolsa de Bogotá. A las 36 horas, una nueva TC evidenció isquemia gástrica, realizándose gastrectomía subtotal. Tras estabilización hemodinámica, se efectuó reconstrucción en Y de Roux y cierre progresivo del abdomen, completado en la quinta intervención. A pesar de la recuperación quirúrgica, durante el destete ventilatorio se diagnosticó encefalopatía anóxica severa secundaria a la PCR, falleciendo a los 30 días de ingreso.



Discusión: El uso de malla en la cruroplastia continúa siendo motivo de debate, dado que las guías clínicas actuales no establecen recomendaciones claras debido a la falta de evidencia concluyente sobre su eficacia en la prevención de recidivas. En contextos de urgencia, la elección entre funduplicatura y gastropexia debe individualizarse, pues ambas técnicas presentan tasas similares de recurrencia y complicaciones. El pronóstico depende en gran medida del estado preoperatorio del paciente, siendo las complicaciones respiratorias la principal causa de morbimortalidad. La literatura reciente una mortalidad asociada a estas intervenciones de entre el 2,7 y el 8%.