



P-714 - HERNIA HIATAL INCARCERADA POSGASTRECTOMÍA

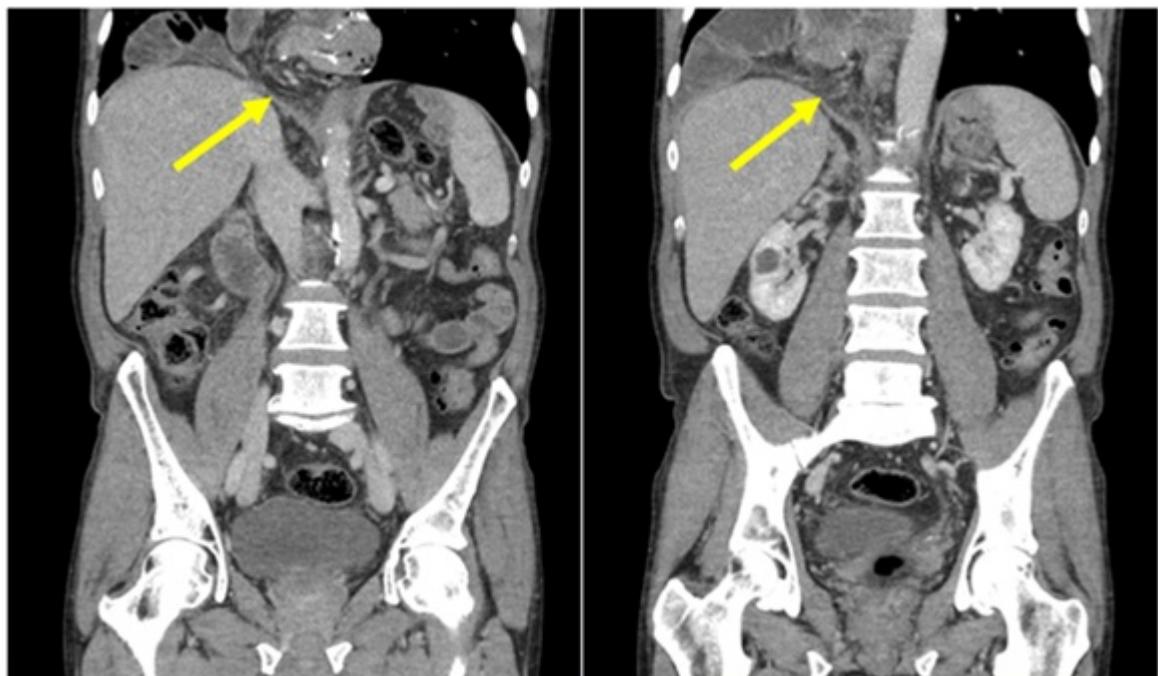
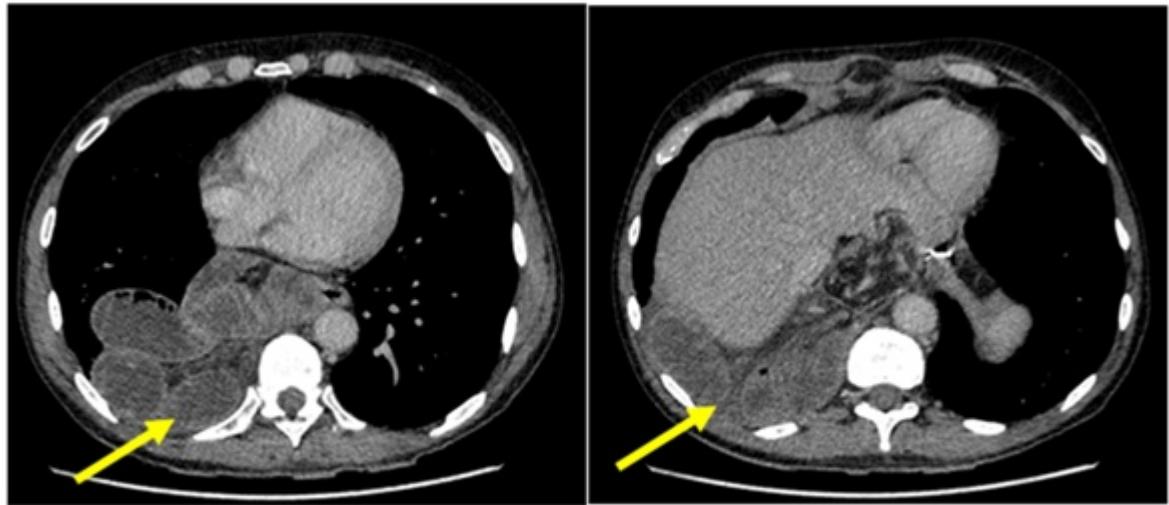
Peñarroya Castilla, Laia; Albero Bosch, Cristina; Rebasa Cladera, Pere; Martínez Guimerá, David; Landero Ascensio, Leónidas; Navarro Martínez, Rebeca; Vallverdú Cartié, Helena

Consorci Hospitalari de Vic, Vic.

Resumen

Introducción: La aparición de una hernia hiatal tras el tratamiento quirúrgico de la neoplasia esofagogástrica es una entidad poco frecuente que puede evolucionar a un desenlace fatal, estimando su incidencia en un 2,8% (0,7% tras gastrectomía total/subtotal, 2,7% tras esofagectomía y 6,1% tras gastrectomía ampliada). El tiempo medio de aparición de la hernia hiatal después de la cirugía del cáncer de cardias es de 15 meses (entre 1-5 años) y los factores de riesgo asociados son: el bajo índice de masa corporal (IMC), las hernias hiales preexistentes, la disección transhiatal, el aumento de presión intraabdominal y el abordaje mínimamente invasivo. Se clasifica en función de su contenido: tipo 1, convencional: distinto al asa alimentaria; tipo 2, migratoria: esofagoyeyunostomía; tipo 3, mixta.

Caso clínico: Varón de 63 años operado hace 3 años de gastrectomía total ampliada reconstrucción en Y de Roux laparoscópica por adenocarcinoma de la unión gastroesofágica (Siewert II, T1bN0); libre de enfermedad actualmente y con IMC menor a 25. Acude a urgencias por epigastralgia tras vómitos de 12 horas de evolución. Se presenta nauseoso, estable hemodinámicamente y afebril. A la exploración abdominal tiene molestias epigástricas sin peritonismo y analíticamente no existen alteraciones. La TAC abdominal con contraste endovenoso revela una hernia diafragmática posterior derecha de nueva aparición con asas de intestino delgado distendidas y giro del meso a nivel del orificio herniario, asas intraabdominales de calibre y morfología normales, comportándose como oclusión en asa cerrada sin signos de isquemia intestinal. Ante estos hallazgos se indica cirugía urgente, optando por laparoscopia dada la estabilidad hemodinámica del paciente. Se observa la hernia descrita en la TAC, pero por imposibilidad de reducción herniaria sin iatrogenia se convierte a laparotomía subcostal bilateral, liberando un tracto fibroso intraherniario y posterior reducción completa del contenido migrado (asa alimentaria hasta pie de asa incluido). Se comprueba la viabilidad de las anastomosis previas y de las asas manipuladas. Finalmente se cierra el defecto con puntos de seda a nivel hiatal derecho. El paciente presenta una correcta evolución posoperatoria, tolerando dieta oral a las 6 horas de la cirugía y siendo dado de alta al quinto día.



Discusión: Presentamos el caso de una hernia hiatal posgastrectomía tipo 2 incarcerada en un paciente con múltiples factores de riesgo para sufrir esta entidad: bajo IMC, disección transhiatal por gastrectomía ampliada, aumento de presión intraabdominal (vómitos) y abordaje mínimamente invasivo. La inespecificidad de los síntomas de estas hernias hiales ofrece un reto para su diagnóstico precoz, siendo fundamental un alto índice de sospecha en pacientes con los antecedentes descritos y en urgencias. Para ello, la prueba de elección es la TAC abdominal con contraste endovenoso. El manejo de las hernias hiales posquirúrgicas asintomáticas pequeñas sigue siendo controvertido, mientras que en las de mayor tamaño, sintomáticas o de aparición aguda la indicación quirúrgica es clara. La cirugía mínimamente invasiva es el abordaje de elección, aun así, la cirugía abierta no debe considerarse un fracaso el contexto de urgencias, sino un éxito mientras solvente de manera rápida y segura la situación aguda.