



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-141 - HERNIACIÓN TRANSHIATAL TARDÍA TRAS ESOFAGECTOMÍA DE IVOR-LEWIS

Díez del Val, Ismael; Gutiérrez Ferreras, Ana Isabel; Loureiro González, Carlos; Bengoetxea Peña, Iker; León Valarezo, Manolo Alberto; Leturio Fernández, Saioa; García Fernández, Marta; Barrenetxea Asua, Julen

Hospital de Basurto-Osakidetza, Bilbao.

Resumen

Introducción: La generalización de la cirugía mínimamente invasiva en el tratamiento del cáncer de esófago ha traído consigo el aumento de ciertas complicaciones que eran raras anteriormente. La herniación transhiatal del paquete intestinal forma parte de ellas. Presentamos el caso de un paciente que hubo de ser reintervenido dos veces por esta causa.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 51 años, diagnosticado de esófago de Barrett y a quien se practicó una funduplicatura de Nissen 16 años antes. Presenta una lesión estenosante a 29 cm de arcada dentaria con anatomía Patológica de adenocarcinoma con células en anillo de sello. El TC muestra una herniación de la funduplicatura, dilatación esofágica proximal a la lesión y adenopatías inespecíficas perilesionales. La ecoendoscopia, que puede realizarse a pesar de la estenosis, sugiere una lesión uT3N+. El PET descarta enfermedad diseminada. En marzo de 2015, tras tratamiento neoadyuvante con radioquimioterapia, se realiza esofagectomía de Ivor-lewis con linfadenectomía en dos campos estándar, que incluye tronco celíaco y mediastínica infracarinal con ligadura del conducto torácico, además de piloroplastia. Al concluir el tiempo abdominal, la pieza y la plastia se introducen en el hemitórax derecho, con fijación antral al hiato mediante dos puntos de seda. La intervención acaba con anastomosis manual en cúpula torácica asistida por robot. El postoperatorio transcurre sin incidencias, con tránsito de control normal y alta a los 10 días. En octubre de 2015, el paciente acude a Urgencias por dolor epigástrico y en hemitórax izquierdo, vómitos aislados y malestar general. Aporta tránsito digestivo normal realizado un mes antes. En la Rx de tórax se aprecia una imagen aérea retrocardial, por lo que se solicita TC, que muestra asas intestinales alojadas en hemitórax izquierdo. Por laparoscopia, se realiza reducción del contenido herniario y fijación de la plastia gástrica al hiato, en su cara anterior y a pilar izquierdo. El TC de control realizado en Consultas Externas muestra pequeña recidiva herniaria. Aunque se decide manejo conservador y control evolutivo, en diciembre el paciente acude de nuevo a Urgencias con sintomatología similar. Se decide nueva cirugía urgente, esta vez por vía abierta, procediéndose a la liberación del pilar derecho desde el lóbulo caudado para conseguir un cierre hiatal adecuado tras reducción herniaria. El paciente se encuentra asintomático y libre de recidiva cinco meses tras la intervención.

Discusión: La escasa formación de adherencias tras cirugía mínimamente invasiva, la pérdida de peso postoperatoria y el cierre hiatal insuficiente pueden contribuir a la aparición de esta complicación. Una prevención adecuada y un diagnóstico precoz permiten un manejo adecuado. No debe dudarse en utilizar la cirugía abierta si puede facilitar la disección.