



P-160 - HERNIAS PARAESOFÁGICAS: RESULTADOS DE LOS DISTINTOS ABORDAJES QUIRÚRGICOS PRACTICADOS EN EL HOSPITAL TXAGORRITXU DE VITORIA LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS

Juan Domínguez, Nuria Pilar; Sierra Esteban, Valentín; Gastón Moreno, Alberto; Etxart Lopetegi, Ane; Siebel Hermida, Paula; García López de Goicoechea, David; Camuera González, Maite; Bustamante Mosquera, Ruth

Hospital Universitario Araba, Txagorritxu, Vitoria.

Resumen

Objetivos: La importancia de tratar las hernias paraesofágicas radica en la mortalidad resultante de las potenciales complicaciones que pueden presentar. El planteamiento del tipo de abordaje inicial y sobre todo en casos de recidivas explica la necesidad de revisiones continuas y seguimiento para la toma de decisiones adecuadas.

Métodos: Estudio estadístico descriptivo retrospectivo de casos de hernias paraesofágicas tipo II-III y IV desde enero de 2008 a abril 2018 en nuestro hospital, recogiéndose datos sobre sexo de los pacientes, edad, estancia hospitalaria, clasificación de hernia, tipo de técnica, complicaciones posquirúrgicas, recidivas, reintervenciones y tipo de reintervención. Se llevó a cabo búsqueda de los pacientes registrados como "hernias diafrágmáticas" excluyendo las traumáticas, Morgagni, y paraesofágicas tipo I. Se revisaron sus historias clínicas e informes quirúrgicos y seguimiento ambulatorio posterior.

Resultados: Se incluyeron un total de 111 pacientes, 64 mujeres y 39 hombres con una edad media de 64,31 años (68,4 en mujeres y 60,10 en hombres). Una estancia media de 5,6 días incluido el día de la intervención (3-18 días) excluyendo los ingresos en UCI. Cuatro pacientes requirieron ingreso en UCI y hubo dos casos de exitus. Se practicaron 46 funduplicaturas Nissen, 28 de ellas en hernias tipo II (60,8%) y 16 (34,7%) en hernias tipo III, de las cuales tres de ellas presentaron como complicaciones, neumonía, síntomas de reflujo sin recidiva herniaria, recidiva de hernia asintomática. Otras complicaciones se observaron en cinco pacientes (10,8%) con episodios de reintubación precoz, esplenectomía, derrame pleural que requirió drenaje y otras como mediastinitis, fistula esófago-pleural, o estenosis precisando dilatación y reintervención. Se observaron cinco recidivas (10,8%) reintervenidos con malla biosintética (ácido poliglicólico + trimetileno), dos Collis-Nissen y un sleeve gástrico. Prácticamente el 98% de los pacientes se intervinieron mediante laparoscopia. La migración de la funduplicatura Nissen se observó en seis pacientes (13,04%) tratándose mediante hiatoplastias, gastropexias o funduplicaturas de Toupet. Otros procedimientos iniciales fueron: cuatro gastropexias, nueve Collis-Nissen (en tres de ellos unido a gastropexia), cinco funduplicaturas de Toupet y un Collis-Toupet. Tres hernias en pacientes intervenidos de esofaguestomía, con una hiatoplastia mediante malla biosintética y una hernia en paciente tras gastrectomía. Respecto al uso de mallas, contamos con diez pacientes en los que se emplearon mallas de goretex + infabond con tres recidivas (30%) y una complicación importante por inclusión de malla en esófago. Cuatro hiatoplastias con malla biosintética, la mayoría por recidivas previas y con sólo una complicación por inclusión de malla en uno de ellos. Un caso de malla de polipropileno, otro de polidiosanona y otro de ePTFE. Se especifican también los distintos procedimientos

siendo más extendido en uso de mallas en las tipo IV.

Conclusiones: La reparación mediante distintos tipos de funduplicaturas resulta efectiva, así como la gastropexia como refuerzo a otras técnicas. El uso de mallas no ha presentado resultados convincentes teniendo en cuenta las importantes complicaciones presentadas. La realización de otras técnicas como el sleeve gástrico o procedimiento de Collis tienen sus indicaciones específicas con buenos resultados. Las recidivas se observaron desde los primeros días hasta los primeros dos años y algún caso posterior a este tiempo. El seguimiento se realizó desde dos años tras intervención hasta fecha actual con apenas cuatro casos con recidiva y sintomatología sin recidiva.