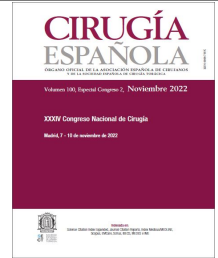




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-154 - HERNIAS PARAESOFÁGICAS Y ESÓFAGO CORTO, ¿PODEMOS REALMENTE PREVENIR LA RECIDIVA HERNIARIA?

Diéguez Álvarez, Mar; Lago Martínez, Yasmina; Lesquereux Martínez, Lucía; Míguez González, Pablo; Bustamante Montalvo, Manuel; Parada González, Purificación

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.

Resumen

Introducción: La existencia de esófago corto adquirido sigue siendo cuestionada por algunos cirujanos y su prevalencia es desconocida. Clásicamente, el esófago corto se describía en asociación a la enfermedad por reflujo gastroesofágico complicada, particularmente esofagitis ulcerativa y estenosis péptica. Desde la incorporación de los tratamientos antiácidos efectivos esta complicación ha disminuido notoriamente de modo que actualmente se estima que su presencia en pacientes con hernia de hiato por deslizamiento es menor del 3%. Sin embargo, en las hernias paraesofágicas (HP) voluminosas se ha publicado una prevalencia de hasta el 100%. La falta de reconocimiento de este acortamiento puede ser responsable de la alta tasa de fracaso de la cirugía en estos pacientes en los cuales se comunican cifras de recidiva incluso superiores al 50%.

Objetivos: Evaluar las características y los resultados de la cirugía de hernias paraesofágicas en nuestro centro. Determinar la prevalencia de esófago corto en estos pacientes.

Métodos: Se realiza un estudio observacional de los pacientes intervenidos por HP en la unidad de cirugía esofagogástrica de un centro de tercer nivel en el período enero de 2014 a febrero de 2022. Se analizan las siguientes variables: sexo, edad, IMC, comorbilidad, tipo de hernia, ELI (índice de longitud esofágica) preoperatorio, presencia de esófago corto (determinado por la necesidad de realizar una gastroplastía de Collis), tipo de intervención, colocación y tipo de malla, tiempo quirúrgico, días de estancia posoperatorios, complicaciones posoperatorias según la escala de Clavien-Dindo (CD), tiempo de seguimiento, detección de recidiva y necesidad de reintervención.

Resultados: 44 pacientes fueron intervenidos en el período analizado. La media de edad a la intervención fue de 71 años (mínima 53, máxima 81) con IMC medio de 28. Se intervinieron 25 mujeres y 19 varones. Del total 37 pacientes presentaban HP tipo III y 7 tipo IV. En el 30% de los pacientes se asociaba vólvulo gástrico. Se determinó que existía esófago corto intraoperatoriamente (menos de 2 cm de esófago abdominal libre de tensión después de movilización amplia del esófago) en el 84% de los pacientes. En 5 pacientes se realizó Nissen, en 35 Collis-Nissen y en 1 paciente Collis-Toupet. Se asoció una malla en 19 casos (43%). Todas las intervenciones se completaron por vía laparoscópica. Solo 4 pacientes presentaron complicaciones posoperatorias y en únicamente 2 el grado de CD fue > 1 (4,5%). La mediana del tiempo de seguimiento fue de 18 meses y se detectó recidiva herniaria en 6 pacientes (13,6%) pero requirió reintervención únicamente 1 de ellos.

Conclusiones: La gastroplastia de Collis es una técnica segura en unidades especializadas y la creación de un neoesófago intraabdominal libre de tensión puede contribuir a disminuir la elevada cifra de recidivas herniarias en las hernias paraesofágicas voluminosas cuando se asocian a esófago corto.