



V-161 - COLLIS NISSEN ROBÓTICO EN PACIENTE CON RECIDIVA DE HERNIA HIATAL TRAS NISSEN LAPAROSCÓPICO

Thorpe, Benjamin; Lesquereux, Lucía; García Carrero, Marta; Diéguez Álvarez, Mar; Parada, Purificación

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

Resumen

Objetivos: Mostrar el abordaje quirúrgico tipo Collis Nissen, por robot, en paciente previamente intervenido de funduplicatura tipo Nissen que presenta recidiva de hernia hiatal de gran tamaño.

Caso clínico: Varón de 41 años intervenido de Nissen laparoscópico hace 18 años, acude a consulta de cirugía ante clínica de reflujo, ardor retroesternal y sensación de atragantamiento. Diagnóstico de sospecha: recidiva de hernia de hiato. EDA: objetiva migración proximal de funduplicatura, parcialmente deshecha y líquido retenido en esófago distal. TC: describe recidiva de hernia hiatal de gran tamaño, funduplicatura por encima del nivel diafragmático y deslizamiento gástrico a través de la funduplicatura. Se decide intervención quirúrgica. Es intervenido en marzo de 2024 por laparoscópica asistida por robot de forma programada. Se confirma herniación de estómago proximal hacia cavidad torácica, con defecto parahiatal izquierdo y adherencias en hiato derecho. Se realiza una liberación de adherencias del estómago hacia el peritoneo diafragmático consiguiendo completa disección circunferencial del estómago proximal con funduplicatura previa, alojada a nivel intratorácico, que se reduce a cavidad abdominal. Disección amplia de esófago distal en mediastino con resección de saco herniario y lipoma posterior, objetivándose la existencia de esófago corto por lo que se decide procedimiento de Collis. Sección triangular de fundus gástrico con tres cargas de grapadora de 3,5 mm previo tutorización de esófago con sonda de 38 mm. Cierre del defecto hiatal con dos puntos en X posteriores y uno anterior con sutura ethibon 2.0. Funduplicatura tipo Nissen corta y holgada con tres puntos de sutura ethibon 2.0 (fijando el punto medio a cara anterior de neoesófago). Sin complicaciones posoperatorias. Alta al cuarto día de ingreso.

Discusión: La cirugía antirreflujo convencional en las hernias paraesofágicas voluminosas se asocia a un porcentaje elevado de recidivas. La identificación y tratamiento del esófago corto puede contribuir a disminuir ese porcentaje. La enfermedad por reflujo gastroesofágica crónica no tratada produce inflamación, edema, fibrosis y finalmente, una contractura tisular del esófago que se traduce en acortamiento esofágico. Esta entidad es muy poco frecuente actualmente asociada a las hernias de hiato por deslizamiento debido a la existencia de tratamiento antisecretor efectivo. Sin embargo, en las grandes hernias paraesofágicas algunos autores estiman su prevalencia cercana al 100%. La importancia de diagnosticar y tratar el esófago corto es esencial para reducir la tasa de recidivas posquirúrgicas. Aunque algunos cirujanos siguen dudando de su existencia, otros muchos consideran que en caso de existencia de un esófago intraabdominal menor de 2 cm, tras correcta disección y movilización esofágica, se debe realizar una técnica de alargamiento esofágico para

reducir la tensión axial a la que se somete la reparación hiatal. La operación de Collis-Nissen es una técnica segura en unidades especializadas. La cirugía robótica aporta mayor precisión en espacios confinados de difícil acceso como es la disección mediastínica, identificando mejor los tejidos lo que facilita cirugías complejas como son las reintervenciones.