



VC-047 - INCARCERACIÓN DE HERNIA HIATAL POSESOFAGUECTOMÍA

Padilla Otamendi, Miren Josebe; Martín Zugasti, Estíbaliz; Martí Gelonch, Laura; Mainer Puente, María; Echeveste Varela, Ainhoa; Arrabal Agüera, Lorena; Eizaguirre Letamendia, Emma; García Ruiz de Gordejuela, Amador

Hospital Universitario Donostia, Donostia-San Sebastián.

Resumen

Introducción: Se presenta un caso de hernia hiatal post-esofagectomía incarcerada que requiere manejo quirúrgico urgente.

Caso clínico: Varón de 64 años con antecedente de adenocarcinoma de la unión gastroesofágica, Siewert I, tratado con QT-RT neoadyuvante y esofagectomía Ivor Lewis en 2022 (ypT1b ypN0), en seguimiento en consultas externas sin evidencia de enfermedad. Consulta en Urgencias por cuadro de dolor abdominal y vómitos de 48 horas de evolución. Hemodinámicamente estable, presenta dolor generalizado a la palpación abdominal, sin signos de irritación peritoneal. En la analítica destaca elevación de lipasa y amilasa por lo que sospechando una pancreatitis aguda el paciente ingresa a cargo de Aparato Digestivo. Durante el ingreso presenta empeoramiento clínico, con mal control del dolor, intolerancia oral, oligoanuria y episodios de disnea y desaturación, así como analítico con elevación de reactantes de fase aguda. Se realiza TAC toraco-abdominal urgente con hallazgo de herniación transhiatal de la práctica totalidad del paquete intestinal y parte del colon con signos de sufrimiento intestinal. Dados los hallazgos, se le coloca sonda nasogástrica a aspiración y es trasladado a quirófano de manera urgente. Por abordaje laparoscópico, se reduce la totalidad de las asas de intestino delgado y colon, apreciándose un segmento corto de íleon con ligera equimosis e ingurgitación de su meso que no requiere resección. Durante la reducción del contenido se evita traccionar de la plastia gástrica para prevenir su lesión. Dado el gran tamaño del defecto herniario se realiza el cierre de ambos pilares con suturas barbadas irreabsorbibles y se coloca una malla bicapa de polipropileno no absorbible (parietal) y una tela de celulosa oxidada regenerada (visceral) recortada y fijada a ambos pilares con sutura irreabsorbible. A las 48 horas de la cirugía se reinicia tolerancia oral y el paciente es posteriormente dado de alta sin incidencias.

Discusión: La hernia hiatal tras esofagectomía es una complicación poco frecuente, pero con una incidencia creciente debido, por un lado, a mejoras en el tratamiento perioperatorio y avances en cirugía del cáncer de esófago que han logrado un aumento de la supervivencia de estos pacientes, y, por otro lado, a la implementación de técnicas mínimamente invasivas que reducen la morbilidad operatoria, pero producen menos adherencias y requieren de una mayor apertura del hiato. La mayoría de los pacientes son asintomáticos, o presentan síntomas inespecíficos que pueden retrasar el diagnóstico, por lo que se requiere un alto índice de sospecha para una detección precoz. Dado el alto riesgo de incarceración, con perforación intestinal y mediastinitis con una consecuente

elevación de la morbimortalidad, se recomienda su reparación quirúrgica independientemente de la sintomatología. Respecto a la técnica quirúrgica de elección, no existe suficiente evidencia para la estandarización de una única técnica de reparación ni para la recomendación de medidas preventivas durante la esofagectomía. Sin embargo, es importante remarcar que independientemente de la técnica elegida debemos de ser muy cuidadosos con la manipulación de la plastia gástrica para evitar su lesión o la de su vascularización a través de los vasos gastroepiploicos.