

Publicado en Seclaendosurgery.com (en línea) 2012, nº 40.

Disponible: http://seclaendosurgery.com/index.php?option=com_content&view=article&id=260&Itemid=242

Copyright © Secla Endosurgery. Nº ISSN: 1698-4412

XI CONGRESO NACIONAL SECLA MADRID 2012 RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Título:

HERNIA HIATAL GIGANTE: HIATOPLASTIA Y FUNDUPLICATURA TIPO NISSEN POR VÍA LAPAROSCÓPICA

Autores:

Autor presentador:

Lucía de Gregorio Muñiz

Resto de autores:

Luis Giménez Alvira, José Luis Lucena de la Poza, Neda Farhangmehr Setayeshi, Natalia González Alcolea, Elena Jiménez Cubedo, Manuel Jiménez Garrido, Dolores Chaparro Cabezas, Félix Martínez Arrieta, Víctor Sánchez Turrión.

Institución:

Servicio Cirugía General y Digestiva, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Majadahonda, Madrid, España

Resumen de comunicación:

Introducción:

La reparación laparoscópica de la hernia hiatal gigante es una intervención compleja que requiere de experiencia en cirugía laparoscópica avanzada. El debate en cuanto a la técnica quirúrgica óptima, el empleo de mallas como refuerzo del hiato o la necesidad de realizar un procedimiento de alargamiento esofágico, continúan siendo motivo de controversia. Varios estudios centrados en el uso de prótesis sintéticas han hallado una reducción en el porcentaje de recidiva herniaria. No obstante, estas mallas pueden incrementar la incidencia de disfagia postoperatoria o producir erosiones esofágicas, por lo que actualmente no existe un consenso en cuanto a su empleo de forma sistemática.

Objetivo:

Presentar un caso de hernia hiatal gigante intervenido mediante hiatoplastia y funduplicatura tipo Nissen.

Material y método:

Mujer de 55 años con antecedente de colecistectomía laparoscópica y hernioplastia inguinal izquierda abierta, que consulta por hernia hiatal gigante de tipo mixto sintomática. La radiografía simple de tórax pone de manifiesto un índice cardiorácico conservado con elongación aórtica y aumento de densidad retrocardíaco con nivel hidroaéreo en relación con hernia de hiato. En la gastroscopia se aprecia una hernia de hiato por deslizamiento con la unión gastroesofágica situada a 33 cm de la arcada dentaria, y el hiato a 37 cm de la arcada dentaria, así como incompetencia cardial. El tránsito baritado evidencia una gran hernia hiatal de tipo mixto, en la que prácticamente se introduce todo el estómago a excepción del antro que aparece volvulado dentro de la propia

SECLA

ENDOSURGERY

hernia. Se completa el estudio mediante manometría esofágica que determina la existencia de una hipotonía severa del esfínter esofágico inferior junto con un trastorno motor esofágico severo con ondas peristálticas no transmitidas en el 10%, interrumpidas en el 30% y descendidas en otro 30%, siendo normales únicamente en el 20% de las degluciones. Se programa para intervención quirúrgica por vía laparoscópica.

Resultados:

La paciente es colocada en decúbito supino con perneras. Se coloca sonda nasogástrica y se aspira el contenido gástrico. El neumoperitoneo se realiza mediante aguja de Veress en hipocondrio izquierdo. Se introduce la óptica de 30° a través de un puerto de 11mm umbilical. Se emplean 2 trócares de trabajo: 11mm en hipocondrio izquierdo y 5mm en flanco derecho. Un tercer trócar auxiliar para la tracción en flanco izquierdo y otro más en epigastrio para separar el lóbulo hepático izquierdo (ambos de 5mm). La reducción del fundus gástrico resulta muy laboriosa y requiere de la liberación de múltiples adherencias al saco herniario. Se suturan los pilares diafragmáticos con sutura discontinua de material irreabsorbible y se refuerza el hiato esofágico mediante la colocación de malla de copolímero reabsorbible de ácido poliglicólico y carbonato de trimetileno (Gore Bio-A®) fijada mediante puntos sueltos de polidioxanona y clips reabsorbibles para anclaje de sutura (Lapra-Ty®). Se completa la técnica mediante funduplicatura tipo Nissen con puntos sueltos de sutura irreabsorbible. Se produce un desgarro yatrogénico del fundus gástrico que se repara mediante sutura continua reabsorbible y sangrado procedente de un vaso corto esplénico, que se controla mediante clips hemostáticos. No se colocaron drenajes. El postoperatorio transcurre sin incidencias y la paciente es dada de alta al tercer día postoperatorio con buena tolerancia oral. Hasta el momento actual, no se han evidenciado complicaciones durante su seguimiento externo.

Conclusiones:

La reparación exitosa de la hernia esofágica gigante continúa siendo un reto. Las tasas de recurrencia publicadas alcanzan hasta un 42% en casos de cierre primario de los pilares. Sin embargo, el uso de mallas sintéticas para el refuerzo de la crura diafragmática, continúa siendo motivo de controversia dados los problemas que pueden ocasionar las prótesis irreabsorbibles. Por otra parte, la realización de un alargamiento esofágico (gastroplastia de Collis), pretende disminuir la tensión axial sobre el hiato proporcionando una longitud de esófago intraabdominal suficiente. La necesidad de realizar alguno de estos procedimientos ha de determinarse intraoperatoriamente, en función de las características anatómicas, tras una movilización completa del esófago. En los casos en que no pueda garantizarse un cierre sin tensión de los pilares diafragmáticos debería considerarse el refuerzo protésico mediante malla sintética o biológica. El tipo de malla y la técnica para su colocación continúa en discusión, sin que se halla determinado aún un abordaje idóneo.