



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



V-059 - REPARACIÓN DE HERNIA HIATAL GIGANTE MEDIANTE FRENOTOMÍA DE DESCARGA E HIATOPLASTIA REFORZADA CON MALLA TIO2

Mocanu, Sorin Niky; Garay Solà, Meritxell; Roura Onaindia, Jordi

Capio Hospital General de Catalunya, Sant Cugat del Vallés.

Resumen

Introducción: El tratamiento de la hernia hiatal (HH) gigante representa un reto quirúrgico. Las frecuentes recidivas postoperatorias se relacionan con diversos factores: dimensiones del hiato, consistencia de los pilares diafragmáticos, la preservación del peritoneo que los recubre, una correcta movilización esofágica. La tensión radial relacionada con las dimensiones del defecto hiatal puede reducirse mediante incisiones de descarga o creación deliberada de neumotórax. Las primeras, se realizan principalmente sobre el pilar derecho. El neumotórax bilateral deliberado aplanaría las cúpulas diafragmáticas reduciendo temporalmente la tracción que éstas ejercen sobre los pilares durante la realización de la hiatoplastia. La tensión axial puede ser reducida mediante una correcta movilización del esófago distal hasta conseguir un segmento de esófago intraabdominal sin tensión de 2,5-3 cm. Aparte de una amplia disección mediastínica, en casos seleccionados puede ser necesaria una gastroplastia tipo Collis para obtener la longitud esofágica deseada.

Caso clínico: Hombre de 56 años, diagnosticado de una HH tipo III asintomática, mediante una TC abdominal efectuada en un brote de su enfermedad de base (colitis ulcerosa). El estudio se completó con una endoscopia que evidenció una hernia de gran tamaño, que contenía el fundus y el cuerpo gástrico. Se objetivaron úlceras de Cameron en el cuello herniario. El paciente fue intervenido laparoscópicamente, practicándose una reparación de la HH gigante. Los pasos seguidos, detallados en el vídeo, fueron: disección del saco herniario y resección completa del mismo; movilización esofágica distal para obtener un segmento intraabdominal de 3-4 cm; frenotomía longitudinal de descarga sobre el pilar derecho; cruroplastia retro y antesofágica con puntos irreabsorbibles de Ty-cron 0; cobertura del defecto frénico derecho y refuerzo de la cruroplastia retroesofágica con mallas TiO2 fijadas con puntos Ty-cron 2-0; funduplicatura de Nissen con pexia esofágica, con puntos de Ty-cron 2-0.

Discusión: Nuestro vídeo ilustra dos de las técnicas adjuntas a la hiatoplastia: la frenotomía de descarga del pilar derecho -que permite reducir la tensión radial durante la aproximación de pilares; el uso de malla protésica de refuerzo -para conferir más solidez a la reparación. La primera se realiza preservando un grosor mínimo de 1 cm del pilar derecho para realizar la hiatoplastia y debe ser transfixiva para obtener una máxima movilidad del pilar. La segunda sigue siendo un tema debatido en cuanto a la indicación en sí y al tipo de malla a utilizar. Algunos metanálisis recientes indican una menor tasa de recidiva en las hiatoplastias reforzadas con mallas sintéticas. Sin embargo, el tipo de malla a utilizar, la forma de la misma y la mejor manera de fijación están aún por

determinar. En nuestra práctica, la malla TiO₂ (polipropileno titanizado) es de uso rutinario en los casos de HH gigantes y reintervenciones por HH recidivadas, sin haber tenido hasta la fecha complicaciones directamente relacionadas con el material protésico.