



VC-008 - OCLUSIÓN INTESTINAL RECURRENTE POR HERNIAS INTERNAS TEMPRANAS POSTGASTRECTOMÍA TOTAL LAPAROSCÓPICA

Chaveli Díaz, Carlos; Recreo Baquedano, Ana; Alduntxin Etxetxikia, Olatz; Hernando Sanz, Ana; Mateo Retuerta, Janire; Yarnoz Irazábal, Concepción; Miranda Murua, M^a del Coro

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

Resumen

Introducción: La tasa de complicaciones tras gastrectomía total se sitúa entre el 10-47% y se clasifican en 3 grupos según el tiempo de aparición: inmediatas (antes de 30 días postoperatorios), tempranas (entre 1 y 6 meses) y tardías (a partir del 6º mes). Entre las posibles complicaciones, las hernias internas son raras (< 1-7%) pero más frecuentes con el abordaje laparoscópico que con el abierto, en pacientes con importante pérdida ponderal (> 20% del peso) y con las reconstrucciones en Y de Roux o en Billroth II.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente que desarrolló 2 cuadros de oclusión intestinal por hernias internas tempranas (transmesoyeyunal y transhiatal) tras ser intervenido de forma programada por una neoplasia subcardial Siewert III con estadificación uT2N0 al que se le realizó una gastrectomía total ampliada con linfadenectomía D2 y reconstrucción en Y de Roux por vía laparoscópica. Recibió tratamiento QT perioperatorio con buena tolerancia pero tras el 4º ciclo postoperatorio presentó cuadro de oclusión intestinal 2º a hernia interna transmesoyeyunal que requirió de intervención quirúrgica urgente en la que se redujo la hernia y se cerró el defecto mesoyeyunal con material irreabsorbible. A las 24 horas del alta reingresa por neumonía bilateral instaurándose tratamiento antibiótico endovenoso con buena evolución. Coincidiendo con el 4º mes postoperatorio y según el protocolo de seguimiento de nuestra Unidad se realizó TC abdominopélvico de control que describe la anastomosis esofagoyeyunal intratorácica normal sin evidencia de recidiva ni diseminación a distancia. En las 48 horas posteriores comienza con sintomatología de impactación alimentaria y dolor abdominal epigástrico que mejora al vomitar. Fue diagnosticado mediante tránsito esofagogastroduodenal evidenciando presencia de asas de intestino delgado en hemitórax derecho e intervenido de forma urgente mediante abordaje laparoscópico. En la intervención se evidenció herniación a través del hiato esofágico de todo el paquete intestinal salvo los últimos centímetros de íleon terminal. Se realizó reducción herniaria completa y cierre del hiato esofágico con material irreabsorbible no siendo necesario realizar resección intestinal. El postoperatorio transcurrió sin incidencias recuperándose la tolerancia oral y el tránsito digestivo.

Discusión: Las hernias internas son en general raras pero ante un cuadro oclusivo intestinal tras cirugía gástrica laparoscópica deben sospecharse. Además las que se producen a través del hiato esofágico tras gastrectomía total son excepcionales (0,01%) y parece que se relacionan con la menor presencia de adherencias del abordaje laparoscópico, la pérdida ponderal, el exceso de disección del

hiato esofágico y la apertura pleural durante la disección.