



P-161 - INCLUSIÓN ESOFÁGICA DE MALLA TRAS REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE HERNIA HIATAL GIGANTE: ¿CÓMO MANEJAR ESTA GRAVE COMPLICACIÓN?

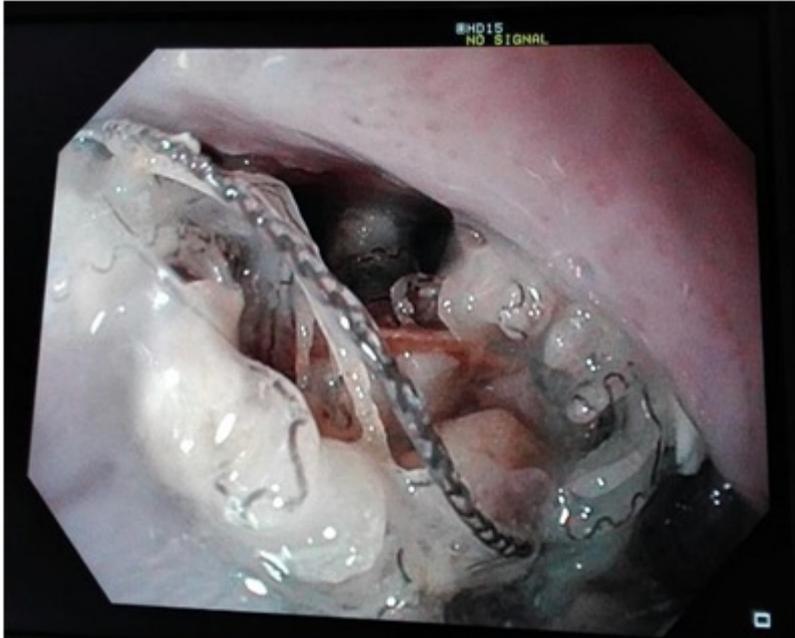
García Jiménez, Alejandro; Triguero Cabrera, Jennifer; Herrero Torres, María Ángeles; Mogollón, Monica; Espadas, Benjamina; Álvarez, María Jesús; Villar Moral, Jesús María

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Introducción: El tratamiento estándar para la reparación de la hernia de hiato (HH) es actualmente la cardioplastia y funduplicatura de Nissen mediante abordaje laparoscópico. La estandarización del uso de mallas para HH grandes o recidivadas es aún controvertida, pues su uso no está exento de complicaciones, que en ocasiones pueden ser graves.

Caso clínico: Varón de 45 años con antecedente de traumatismo toraco-abdominal en la infancia, que tras episodio de disnea fue diagnosticado mediante radiografía de tórax, tránsito baritado y TAC de HH gigante tipo IV (estómago, duodeno, páncreas y colon transversal). Se intervino de forma programada mediante abordaje laparoscópico, con hallazgo de gran HH con orificio > 8 cm, que contenía los órganos y vísceras anteriormente mencionados. A través de un abordaje inicial del saco herniario por el pilar diafragmático derecho, se consiguió reducción del contenido herniario y resección completa de dicho saco. Debido a la dificultad para localizar el esófago y realizar la disección del contenido, se realizó una endoscopia intraoperatoria que demostró la integridad completa de la pared esofágica y gástrica. Se realizó cardioplastia con 5 puntos de material irreabsorbible, colocación malla de Dynamesh periesofágica y funduplicatura de Nissen sobre sonda de Foucher de 38 Fr. Se dejó drenaje transhiatal. Durante el postoperatorio inmediato el paciente desarrolló un cuadro de pancreatitis aguda con colecciones que se trataron mediante antibioterapia de amplio espectro, y un derrame pleural derecho que precisó drenaje torácico con buena evolución. Al 6º mes postoperatorio, debutó con un cuadro de disfagia e intolerancia oral por lo que se realizó endoscopia urgente con visualización de la malla parcialmente incluida. Se procedió al recorte de la porción intraluminal de la misma, ocasionando perforación del esófago distal en uno de los movimientos de tracción. Ante tal evento se decidió colocar una endoprótesis recubierta, con posterior migración de la misma hasta en dos ocasiones. Finalmente el paciente fue reintervenido vía abierta, realizándose retirada completa de la malla, tras lo que se evidenció una perforación a nivel de esófago distal que ocupaba 2/3 de la circunferencia. Se realizó cierre simple de la perforación y nueva funduplicatura de Nissen a modo de plastia, así como colocación de varios drenajes aspirativos y yeyunostomía de alimentación. Posteriormente, el paciente desarrolló una fístula esofágica recogida por el drenaje aspirativo que evolucionó de forma favorable con tratamiento conservador. Mediante endoscopias seriadas se realizó el control del orificio fistuloso y retirada progresiva del drenaje hasta su cierre total a las 8 semanas. Actualmente, tras un año de seguimiento, el paciente está asintomático con un TAC de control sin hallazgos patológicos.



Discusión: La incidencia de complicaciones relacionadas con el uso de mallas hiatales es baja (< 2%), no obstante suelen ser complicaciones graves, que el cirujano esofagogástrico debe saber diagnosticar y manejar de forma adecuada. La mayoría se relacionan con mallas irreabsorbibles como la de nuestro caso. El apoyo del especialista en Digestivo en los casos de inclusión esofágica de malla es fundamental y puede evitar reintervenciones que en ocasiones pueden tener un fatal desenlace.