



VC-030 - REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE HERNIA DE HIATO GRADO IV MEDIANTE HIATOPLASTIA CON MALLA. ¿CÓMO HACERLO?

Riquelme Gaona, Jerónimo¹; Tadeo-Ruiz, Gloria¹; Herrero-Bogajo, María Luz¹; Morandeira-Rivas, Antonio¹; López-Sáiz, María¹; Rojas-de la Serna, Gabriela¹; Crespo-García del Castillo, Vanesa²; Moreno-Sanz, Carlos¹

¹Hospital General la Mancha Centro, Alcázar de San Juan; ²Hospital Gutiérrez Ortega, Valdepeñas.

Resumen

Introducción y objetivos: En la cirugía de la hernia de hiato mediante abordaje laparoscópico, la disección puede resultar complicada pero todavía más el cierre de los pilares mediante sutura sin tensión, especialmente en hernias gigantes con gran defecto. El empleo de mallas para esta indicación es controvertido, debido a la falta de estudios a largo plazo sobre sus resultados y las posibles complicaciones secundarias a la erosión sobre las vísceras con las que está en contacto. Demostrar la seguridad de la hiatoplastia con malla en la cirugía de hernia de hiato en aquellos casos en los que el tamaño del defecto herniario no permite la hiatorrafia simple por tensión o por fragilidad de los tejidos.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 78 años, hipertensa, con hipotiroidismo, hemicolectomía derecha por neoplasia hace 18 años y cefalea en seguimiento por Neurología. Durante el estudio por desnutrición con pérdida de peso de 15 Kg en los últimos meses se realiza gastroscopia que evidencia gran hernia de hiato que condiciona una volvulación gástrica. En el estudio gastroduodenal se observa esófago de motilidad normal con ondas terciarias y buen paso a cámara gástrica, que presenta estómago con volvulación organoaxial incluido en su totalidad en la cavidad torácica. Se decide tratamiento quirúrgico mediante abordaje laparoscópico. En antitrendelemburg y decúbito lateral izquierdo, se inicia neumoperitoneo con aguja de Veress y colocación de 5 trócares en arco subcostal. Gran hernia hiatal paraesofágica tipo IV con herniación completa de la cámara gástrica y omento mayor a mediastino, a través de orificio herniario de 7 × 6 cm. Tras reducción del contenido, se realiza disección completa del saco con resección parcial, y disección mediastínica extendida del esófago con descenso de la unión esofagogástrica hasta conseguir un esófago abdominal de 3-4 cm. Frenorrafia posterior y anterior con material irreabsorbible calibre 0. Se decide colocación de refuerzo protésico con malla de Ventralight™ adaptada de 7 × 8 cm, con oquedad central de 3 cm para el esófago abierta en lado izquierdo en forma de C, que se fija con puntos simples de material irreabsorbible calibre 2/0 a nivel periesofágico para evitar contacto directo, y en porción superior bajo el lóbulo hepático izquierdo para evitar su deslizamiento. Se completa el procedimiento con funduplicatura tipo Nissen. Evolución postoperatoria sin complicaciones, tolerando dieta líquida y triturada y siendo alta al tercer día. El seguimiento en consultas externas ha sido favorable, con reintroducción progresiva de alimentos sólidos sin disfagia ni reflujo, y sin recidiva herniaria a los 9 meses de la intervención.

Discusión: En el tratamiento quirúrgico de las hernias de hiato gigantes puede resultar útil el empleo de prótesis para facilitar o reforzar el cierre del defecto herniario, cuando éste es de gran tamaño y no se puede lograr una hiatorrafia sin tensión o se prevé mal resultado. No obstante, su uso debe ser individualizado según las características del paciente, la calidad de los tejidos implicados y el resultado de la hiatorrafia simple.