



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-153 - HERNIA DIAFRAGMÁTICA TRAS ESOFAGUECTOMÍA DE IVOR-LEWIS

López Morales, Pedro; Medina Manuel, Esther; Giménez Francés, Clara; Valero Soriano, María; Jiménez Moreno, Isabel María; Rodríguez Lucas, José María; Albarracín Marín-Blázquez, Antonio

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Resumen

Introducción: La aparición de una hernia diafragmática en el periodo posoperatorio de una esofaguectomía es una complicación poco frecuente pero que puede tener consecuencias de gravedad. En los últimos años se ha observado un aumento en su incidencia debido al desarrollo de abordajes mínimamente invasivos.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 67 años diagnosticada de adenocarcinoma moderadamente diferenciado de esófago a 25cm de la arcada dentaria con afectación ganglionar a nivel del tronco celiaco (cT3N1M0). Tras recibir tratamiento neoadyuvante con buena respuesta fue intervenida quirúrgicamente realizándose la esofaguectomía tipo Ivor-Lewis. El tiempo abdominal (gastroplastia y linfadenectomía) se realizó por vía laparoscópica y el tiempo torácico a través de una toracotomía posterolateral derecha. Se realizó la esofaguectomía subtotal con posterior anastomosis esofagogástrica latero-lateral mecánica. Para facilitar el ascenso de la plastia gástrica se procedió a abrir los pilares diafragmáticos durante el tiempo abdominal. Al sexto día posoperatorio la paciente presentó un importante deterioro a nivel respiratorio precisando intubación orotraqueal. Se realizó una radiografía de tórax (fig. 1A) en la que se evidenció un ascenso del colon a hemitórax derecho. Se completó el estudio con una Tomografía Computarizada de abdomen (fig. 1B) que confirmó la herniación de colon transverso y mesocolon a hemitórax derecho a través del hiato esofágico sin signos de sufrimiento intestinal ni de obstrucción. La paciente fue reintervenida de forma urgente mediante abordaje laparoscópico hallando una herniación de la mitad esplénica del colon transverso a través del hiato esofágico. Se procedió a la reducción del mismo (fig. 1C), sin hallar signos sufrimiento, a la aproximación de los pilares con puntos sueltos de poliglactina 910 y a la colocación de una malla titanizada fijada con *tackers*. El análisis histológico de la pieza informó de ausencia de restos tumorales (respuesta patológica completa) sin evidencia de metástasis en los ganglios linfáticos y márgenes de resección libres. Posteriormente, la paciente evolucionó de forma lenta pero favorable desde el punto de vista respiratorio y abdominal, pudiendo ser extubada a las 48 horas. Finalmente fue alta hospitalaria al 10º día de la reintervención con buena tolerancia oral.



Discusión: La hernia diafragmática tras esofagectomía representa una rara complicación, especialmente en el posoperatorio inmediato. Su incidencia es algo mayor en casos de abordaje mínimamente invasivo por la dificultad técnica que supone el cierre del hiato esofágico y por el menor desarrollo de adherencias posoperatorias. Habitualmente son asintomáticas y se descubren de forma incidental en pruebas de imagen. Los casos sintomáticos pueden presentar desde disfagia, vómitos, reflujo o pérdida de peso hasta complicaciones que pueden suponer en riesgo la vida como obstrucción intestinal, perforación o insuficiencia respiratoria. En estos casos será necesario cirugía urgente para reducir el contenido herniado, reseccando en caso de isquemia y cerrando los pilares del diafragma para evitar recidivas. Respecto a la prevención primaria, se recomienda la reparación del hiato esofágico con sutura irreabsorbible en casos de defectos de gran tamaño para evitar complicaciones derivadas de la aparición de una hernia diafragmática.