



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## V-131 - HERNIA DIAFRAGMÁTICA INCARCERADA POSESOFAGECTOMÍA IVOR LEWIS

*Pintado Izquierdo, María<sup>1</sup>; Ramon Rodríguez, Julen<sup>2</sup>; Díez del Val, Ismael<sup>1</sup>; Loureiro González, Carlos<sup>1</sup>; Leturio Fernández, Saioa<sup>1</sup>; Amarelo García, Martín<sup>1</sup>; Murua Ruiz, Ane<sup>1</sup>; Ascondo Larrucea, Asier<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Hospital de Basurto - Osakidetza, Bilbao; <sup>2</sup>Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz.

### Resumen

**Introducción:** La hernia diafragmática posesofagectomía transhiatal es una complicación excepcional y potencialmente grave, de la que existen pocas comunicaciones en la literatura. La resección circunferencial del hiato (tumores de 1/3 inferior esofágico) genera una predisposición para la aparición de esta complicación. La radiología de tórax puede ser diagnóstica, aunque será la tomografía axial, la prueba que confirmará el diagnóstico. El tratamiento quirúrgico está indicado para prevenir complicaciones, ya que estas presentan una elevada morbimortalidad.

**Caso clínico:** Varón de 59 años, con antecedente de adenocarcinoma de esófago distal tratado mediante QT-RT neoadyuvante (con respuesta casi completa de grado de regresión) + esofagectomía Ivor Lewis y linfadenectomía total en agosto de 2021. (G2yPT2ypN0L0V0Pn0). Durante el seguimiento, en TAC de control se visualiza pequeña hernia diafragmática, pendiente de reparación. Acude a urgencias por disnea y epigastralgia de 48 horas de evolución que asocia náuseas, vómitos y escaso ventoseo. A la exploración el paciente presenta mejoría del dolor con analgesia pautada, aunque se encuentra taquicárdico y taquipneico. El abdomen es blando, depresible, no doloroso a la palpación; no presenta defensa ni signos de irritación peritoneal. Ante estos hallazgos se solicita una analítica urgente, que no presenta alteraciones; y un TAC que informa como: moderada cantidad de contenido líquido en esófago medio y distal. Solución de continuidad de aproximadamente 5,5 cm en cúpula diafragmática izquierda, con herniación intratorácica de abundante grasa mesentérica, colon transverso y asas de yeyuno, con importantes signos inflamatorios asociados. El patrón de captación vascular está preservado. Se realiza de forma urgente, bajo anestesia general y mediante un abordaje laparoscópico, una exploración quirúrgica. Se evidencia una herniación transhiatal hacia el hemitórax izquierdo de más de tres metros de intestino delgado, epiplón mayor y colon transverso. Se reduce todo el contenido herniario, y verifica el correcto estado y vascularización de la plastia gástrica. A continuación, se libera el pilar izquierdo y el arco hiatal anterior, previo a cierre del orificio herniario. Llevamos a cabo el cierre de los pilares diafragmáticos con 4 puntos de seda, tanto a nivel anterior como posterior. Se respeta el cierre previo en trébol (antero-izquierdo). Fijamos la plastia al arco hiatal a las 10 y 2 horas. Debido al gran tamaño del orificio herniario, no es posible aproximar correctamente los pilares, por lo que se decide realizar epiploplastia con el objetivo de cerrar correctamente el orificio hiatal. Reusamos utilizar una malla para reforzar el cierre del hiato esofágico, para evitar posibles complicaciones de la plastia gástrica. Se coloca un drenaje en cavidad pleural izquierda y verifica la hemostasia. El paciente evoluciona de forma favorable, siendo dado de

alta con buena tolerancia oral y tránsito intestinal conservado el 5º día posoperatorio.

**Discusión:** La incidencia de hernia diafrágica posesofagectomía oscila entre el 0,3-19%. En los últimos años, gracias al tratamiento multidisciplinar, se ha aumentado la supervivencia en estos pacientes, por lo que debemos ser conscientes de las potenciales complicaciones que pueden presentar, para identificarlas y solucionarlas precozmente.