



P-042 - HERNIA DE HIATO MIXTA GIGANTE CON SÍNDROME ABDOMINAL COMPARTIMENTAL EN EL POSTOPERATORIO. A PROPÓSITO DE UN CASO

J.M. Avella Vega, M.J. Álvarez Martín, E. Corral Fernández, F. González, M. Segura Reyes, A. García Navarro y J.A. Ferrón Orihuela

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Objetivos: Presentar un caso infrecuente de hernia de hiato mixta gigante que en el postoperatorio inmediato desarrolló un síndrome compartimental abdominal (SCA).

Caso clínico: Varón de 75 años con antecedentes personales de insuficiencia respiratoria, obesidad, artrosis; en tratamiento con oxígeno domiciliario. Remitido desde el servicio de respiratorio por gran hernia de hiato mixta que le provoca empeoramiento de su patología respiratoria de base. La radiología y TAC de tórax muestran una gran lipomatosis mediastínica, con herniación de todo el estómago, asas de intestino delgado y colon transverso a cavidad torácica. En el tránsito esófago gástrico (TEG) se evidencia una gran hernia de hiato con incorporación de todo el estómago al tórax sin obstrucción en el paso del contraste. Endoscopia digestiva alta: mucosa esofágica sin alteraciones. Gran hernia de hiato axial con estómago intratorácico. Dados estos hallazgos y que gran parte de la sintomatología que refería el paciente, disnea ante pequeños esfuerzos, era secundaria a ellos establecimos la indicación quirúrgica y debido a la magnitud de la hernia y el compromiso respiratorio del paciente optamos de entrada y de acuerdo con el anestesiólogo por la vía laparotómica. Encontramos un gran defecto en el hiato con herniación de todo el estómago, el epiplón mayor así como del colon transverso a la cavidad torácica. Tuvimos incluso que realizar una pequeña maniobra de Pinotti para poder conseguir la reducción de todo el contenido herniario a la cavidad abdominal. Extirpamos todo el saco, ligamos los vasos cortos y realizamos cierre simple de los pilares y funduplicatura de Nissen. Los pilares eran de calidad y no quedaban a tensión tras su cierre simple por lo que no consideramos necesario la colocación de una malla. En el postoperatorio inmediato el paciente presentó un aumento de la presión intraabdominal mantenida (PIA) hasta llegar a 20 mmHg con cambios hemodinámicos, fallo renal y respiratorio, requiriendo reapertura urgente de la laparotomía media y colocación de malla de doble cara tras lo cual, el paciente mejoró de la función hemodinámica y renal siendo posible la extubación al 5º día. El paciente fue dado de alta al 17º día postoperatorio con buen estado general, adecuada tolerancia oral y franca mejoría de su función respiratoria en relación a su situación basal. Tras dos meses de la cirugía sigue asintomático con Rx de tórax y TEG de control sin hallazgos patológicos y sin necesidad de oxígeno domiciliario.

Discusión: Ante pacientes con comorbilidades importantes y que sospechamos puedan desarrollar un SCA, como fue nuestro caso, es fundamental el control evolutivo de la PIA, mediante medicaciones

con catéter en vejiga urinaria, para tomar las medidas necesarias y prevenir el desarrollo de dicho síndrome que puede poner en riesgo la vida del paciente. Aunque la laparoscopia también se está convirtiendo en abordaje de elección de las hernia paraesofágicas y la utilización de mallas en el hiato ha mostrado en diversos estudios que reduce el riesgo de recidivas, deben individualizarse las indicaciones para adaptarnos a la necesidades propias de cada paciente.