



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-094 - HERNIA DIAFRAGMÁTICA INCARCERADA RECIDIVADA POST-ESOFAGUECTOMÍA

Saladich Cubero, María; Molinas Bruguera, Joan; Curbelo, Yuhami; Medarde-Ferrer, Meritxell; de Castro, Javier; de Caralt Mestres, Enric

Consorci Hospitalari de Vic, Vic.

Resumen

Caso clínico: Varón de 65 años, que se presenta a urgencias con dolor retro-esternal intenso de pocas horas de evolución, intolerancia al decúbito y mal estado general. Como antecedentes destaca historia de neoplasia de la Unión Gastroesofágica (Siewert I) tratada con quimioterapia y radioterapia neoadyuvante y resección mediante la técnica Ivor-Levis en junio de 2012. Presentó posteriormente hernia diafragmática incarcerada en agosto 2014 que se trató con hiatoplastia sin malla. En esta ocasión se decide realizar TC abdominal que muestra una nueva herniación diafragmática primeras asas yeyunales que condiciona estenosis en ángulo de Treitz, además de presencia de colon transversal y ángulo esplénico dentro del saco. Con el diagnóstico de hernia diafragmática incarcerada recidivada se decide intervención urgente.

Discusión: La hernia diafragmática es una complicación muy poco frecuente de la esofaguectomía laparoscópica (2,7-4,5%), que se asocia más al abordaje transhiatal en comparación con el abordaje transtorácico, siendo muy escasos los casos publicados de recidiva. Esta complicación se puede presentar de forma precoz o tardía. Su fisiopatología no es bien conocida pero parece estar en relación a la dilatación del hiato con las maniobras quirúrgicas. También se hipotetiza que el aumento de presión intra-abdominal más un cierto efecto de succión torácica favorecen su aparición, y que la disminución de las adherencias en el acceso laparoscópico también influye. Es una patología que demanda experiencia en la laparoscopia del compartimiento supramesocólico, pues se beneficia de un tratamiento precoz. Debemos reducir el saco incarcerado y resecarlo (la resección incompleta se asocia a mayor tasa de recurrencias). Posteriormente se realiza hiatoplastia. Existe controversia sobre la conveniencia o no de la colocación de malla; está aceptada ampliamente si la sutura presenta tensión o si se trata de una recidiva. Debemos tener una sospecha diagnóstica elevada de hernia diafragmática en pacientes con antecedente de cirugía transhiatal previa y con sintomatología de dolor epigástrico/retroesternal. Se trata de un cuadro potencialmente grave que precisa de cirugía precoz y en el que una actuación rápida disminuye la morbi-mortalidad. El uso de malla en este caso se indicó por 3ª cirugía sobre la zona, pero es un tema que todavía es controvertido.