



# Cirugía Española

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



## V-005 - HERNIA HIATAL GIGANTE CON VÓLVULO MIXTO GÁSTRICO. TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO ESTANDARIZADO: ¿ES NECESARIO COLOCAR UNA MALLA?

Aranzana Gómez, Aurelio Francisco; Malo Corral, Juan; Krasniki, Gazmend; Álvaro Ruiz, Claudia; López Pardo, Rafael; Toral Guinea, Pablo; Muñoz Jiménez, Beatriz; Trinidad Borrás, Anna

Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

### Resumen

**Introducción:** Actualmente, el abordaje laparoscópico es controvertido para las grandes hernias hiatales ya que el defecto hiatal es mayor, siendo complicada la resolución completa por la dificultad mayor en la disección e identificación de las estructuras y el cierre sin tensión de los pilares. En estos casos, aunque la tendencia actual es la utilización de mallas-hiatoplastia o realizar un Collis-Nissen, para prevenir el alto índice de recidivas, su uso aún es muy controvertido ya que se han publicado complicaciones importantes debidas a la migración-erosión del material protésico a la luz esofagogástrica y secundarias a la gastroplastia del Collis, de difícil solución quirúrgica.

**Objetivos:** Demostrar la eficacia de la hiatorrafia sin necesidad del uso de mallas en el tratamiento de la hernias de hiato gigantes paraesofágicas, así como la estandarización de nuestra técnica, con los pasos técnicos que de forma sucesiva realizamos.

**Métodos:** Casos clínico: mujer de 68 años, AP- FA paroxística, PFR-patrón restrictivo grave, hernia hiatal sintomática con intolerancia progresiva y disnea postingesta, sin ERGE asociado. Exploraciones complementarias de interés: EGD: el estómago rotado y englobado en una hh gigante, RGE. Endoscopia: gastroscopia no completada por no poder progresar más allá del píloro, por la formación de asa del endoscopio dentro de hernia hiatal gigante con volvulación gástrica, con erosiones eritematosas en saco, biopsias negativas. TAC: gran hernia hiatal, con la totalidad del estómago en su interior, volvulación combinada (órgano axial + mesentérico axial), el estómago en situación subpulmonar derecha, la porción craneal del cuerpo pancreático se encuentra a nivel del hiato, con un orificio herniario de 37 × 48 mm.

**Resultados:** Intervención: abordaje laparoscópico. HH de gran tamaño paraesofágica, tipo IV, todo el estómago en su interior, doble componente volvular organoaxial y mesentérico, vasos gástricos izquierdos en situación mediastínica, arteria esplénica medial al pilar izquierdo. Apertura del ligamento gastroesplénico y gastrohepático. Reducción de todo el contenido intraherniario (viable), reducción-abominalización del saco, en el lado derecho está adherido a la pleura homolateral, siendo necesaria su apertura para identificar con seguridad el esófago proximal mediastínico y la unión esófago-gástrica, resección casi completa del saco y lipoma retroesofágico, preservación vagal, disección esofágica mediastínica extendida, hasta vena pulmonar y conseguir suficiente esófago

abdominal (más de 3 cm) y descartar la presencia de un esófago corto, identificación de ambos pilares y crura, hiatorrafia tutorizada posterior y anterior, modificada con puntos en "U" con sutura irreabsorbible sobre parches de refuerzo de teflón, anudado extracorpóreo. Nissen, tutorizado, fijado a ambos pilares, drenaje intramediastínico. Curso postoperatorio con ingesta al 1<sup>er</sup> día, EGD postoperatorio de control normal, derrame pleural bilateral que se resuelve con fisioterapia respiratoria. Alta al 3<sup>o</sup> día PO. Asintomática y sin recidiva radiológica tras 10 meses de seguimiento.

**Conclusiones:** En las hernias de hiato gigantes y paraesofágicas, la hiatorrafia primaria modificada junto con la disección esofágica mediastínica extendida pueden ser una alternativa eficaz y segura, pudiendo aconsejarse como gesto técnico previo a la realización de un Collis Nissen y-o colocación de una malla hiatal-hiatoplastia. El uso de las mallas en el hiato para el tratamiento de las grandes hernias hiatales debe ser individualizado para cada paciente, teniendo en cuenta la edad, consistencia de los pilares y excesiva tensión en el cierre del defecto hiatal. La estandarización del procedimiento facilita la realización del mismo aumentando la seguridad y eficacia, sobre todo en casos de mayor complejidad.