



## VC-059 - REDO: ABORDANDO UN DESAFÍO QUIRÚRGICO EN LA HERNIA HIATAL

León de Souza, Mónica; Jara Quezada, Jimmy; Muriel Álvarez, Pablo; Pueyo Pérez, Eva María; Salvador Roses, Helena; Vela Polanco, Fulthon Frank; Escartín Arias, Alfredo; Olsina Kissler, Jorge Juan

Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida.

### Resumen

**Introducción:** La hernia de hiato es una condición común que puede desencadenar síntomas como reflujo gastroesofágico y disfagia, con complicaciones potenciales como el desarrollo del esófago de Barrett. La cirugía, que implica el cierre de los pilares esofágicos y la realización de una funduplicatura, constituye un tratamiento habitual. No obstante, en ocasiones, los síntomas reaparecen, lo que puede indicar la necesidad de una segunda intervención quirúrgica. El objetivo es abordar la dificultad inherente a las reintervenciones quirúrgicas (REDO) y destacar las potenciales complicaciones asociadas.

**Caso clínico:** Se trata de una mujer de 72 años que fue intervenida en 2019 por una hernia de hiato tipo III, durante la cual se produjo una perforación esofágica incidental en la cara posterior del esófago. Se realizó una reparación primaria mediante rafia, cierre de los pilares esofágicos y una funduplicatura tipo Toupet. Durante el posoperatorio, la paciente desarrolló un derrame pleural bilateral, el cual se drenó con éxito y se le dio el alta al octavo día. En los meses posteriores, reaparecen síntomas de reflujo gastroesofágico, a pesar de recibir un tratamiento médico óptimo. Se realizó una gastroscopia que reveló esofagitis grado A, esófago de Barrett y cardias abierto, en el TAC evidencia una recidiva de la hernia. Debido a esto se indica reintervención quirúrgica. Durante la reintervención, se observó una recurrencia de la hernia y una apertura de los pilares esofágicos. Durante la disección de la funduplicatura, debido a la fragilidad de los tejidos, se produjo una nueva perforación incidental en la unión esofagogástrica y otra en la válvula de la funduplicatura. Se realizó una gastrectomía atípica, abdominalización del esófago. Se identificó una perforación longitudinal en la cara posterior del esófago distal hasta el estómago, la cual se repara con sutura primaria en dos capas con V-lock 3/0, calibrada con sonda Foucher. Nuevo cierre de los pilares y funduplicatura tipo Nissen para cubrir la mayor cantidad de perforación posible. En el posoperatorio, la paciente presentó nuevamente derrame pleural bilateral, por lo que se colocaron drenajes torácicos. Se administró azul de metileno por vía oral, y un TAC de control con contraste oral no mostró fugas a través de la sutura. Un drenaje intraabdominal presentó amilasa positiva, por lo que se realizó una gastroscopia se evidencia un acodamiento del drenaje dentro de la luz esofágica. Se retiró el drenaje bajo visión directa y se colocó una prótesis esofágica. Los controles radiológicos posteriores no mostraron fugas de contraste, y se reinició la ingesta oral sin incidencias. La paciente fue dada de alta en el día 25 posoperatorio.

**Discusión:** Las reintervenciones en hernias hiatales plantean un desafío quirúrgico significativo

debido a la complejidad asociada a la identificación y el manejo de las estructuras anatómicas alteradas por la cirugía previa. Este caso resalta la importancia crítica de una evaluación preoperatoria exhaustiva, la utilización de endoscopia intraoperatoria y la implementación de una técnica quirúrgica meticulosa para alcanzar resultados óptimos en situaciones tan complejas.