

Nakazawa et al⁶ consideraron que el estudio colangiográfico podría distinguir entre colangitis esclerosante primaria y colangitis con pancreatitis autoinmunitaria, en relación con datos clínicos y características de la estenosis de la vía biliar.

En la segunda paciente no tuvimos acceso a datos histológicos, ni tuvo pancreatitis, pero se manifestó clínica y radiológicamente similar a la colangitis esclerosante linfoplasmocitaria sin pancreatitis, con gran respuesta autoinmunitaria y al tratamiento esteroideo. Nuestros pacientes tuvieron elevación de inmunoglobulinas y autoanticuerpos, pero no de IgG4. La elevación de este marcador puede ser de gran ayuda; sin embargo, su validez y su especificidad necesitarán de nuevos estudios que las definan^{7,8}.

No hay en la literatura médica criterios universalmente aceptados en relación con el tratamiento a realizar, las dosis y el intervalo de uso^{4,3}. En nuestros pacientes utilizamos metilprednisolona a dosis de 1 mg/kg/24 h intravenoso durante el primer mes. Se redujo la dosis hasta 10 mg/24 h vía oral en el segundo mes, y se mantuvo el tratamiento hasta los 6 meses. Nuevos estudios que incluyan un mayor número de pacientes serán necesarios para conocer la dosis corticoidea adecuada y el tiempo necesario de aplicación en relación con el seguimiento clínico, analítico y radiológico.

BIBLIOGRAFÍA

- Schmassmann A, Zehnder P, Gebbers J-O, Wildisen A. Severe self limiting sclerosing cholangitis after pancreaticoduo-

doi:10.1016/j.ciresp.2009.01.027

- denectomy due to autoimmune pancreatitis. *Gut*. 2006;55:1361-2.
- Kamisawa T, Egawa N, Nakajima H. Autoimmune pancreatitis is a systemic autoimmune disease. *AJG*. 2003;98:2811-2.
- Marrache F, Hammel P, O'Toole D, Cazals-Hatem D, Vullierme MP, Sibert A, et al. Severe cholangitis following pancreaticoduodenectomy for pseudotumoral form of lymphoplasmacytic sclerosing pancreatitis. *Am J Gastroenterol*. 2005;100:2808-13.
- Okazaki K, Kawa S, Kamisawa T, Naruse S, Yanaka S, Nishimori I, et al. Clinical diagnostic criteria of autoimmune pancreatitis: revised proposal. *J Gastroenterol*. 2006;41:626-31.
- Uehara T, Hamano H, Kawa S, Sano K, Honda T, Ota H. Distinct clinicopathological entity autoimmune pancreatitis-associated sclerosing cholangitis. *Pathol Int*. 2005;55:405-11.
- Nakazawa T, Ohara H, Sano H, Aoki S, Kobayashi S, Okamoto T, et al. Cholangiography can discriminate sclerosing cholangitis with autoimmune pancreatitis from primary sclerosing cholangitis. *Gastrointest Endosc*. 2004;60:937-44.
- Sulz MC, Geyer M, Peter S, Degen L. Serum immunoglobulin G4 (IgG 4): an important marker in autoimmune pancreatitis? *Swiss Med WKLY* 2006;136:544-7.
- Sewkani A, Kapoor S, Sharma S, Naik S, Debbarma MK, Varshney S. IgG4 negative sclerosing cholangitis associated with autoimmune pancreatitis. *JOP*. 2005;6:269-73.

David Padilla*, Pablo Menéndez, Pedro Villarejo, Teófilo Cubo y Jesús Martín

Servicio de Cirugía General y de Aparato Digestivo, Hospital General, Ciudad Real, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marcote15@yahoo.es (D. Padilla).

Necrosis esofagogástrica tras la cirugía de una hernia de hiato gigante complicada

Oesophagogastric necrosis after surgery for a giant hiatal hernia

Las hernias de hiato mixtas constituyen menos del 5% del total y su tratamiento, sobre todo si producen síntomas importantes, debe ser quirúrgico, ya que las potenciales complicaciones son graves. En casos excepcionales, la necrosis del contenido herniario obliga a la resección de las estructuras afectadas, lo que puede requerir, para restablecer la continuidad digestiva, un procedimiento de Ivor-Lewis.

Varón de 50 años en tratamiento con inhibidores de la bomba de protones por historia de pirosis al que se había diagnosticado hacía 17 años de una hernia de hiato sin revisiones posteriores por parte del especialista de zona. Acudió al Servicio de urgencias de otro centro hospitalario por disnea brusca asociada a dolor torácico opresivo, vómitos y dolor abdominal. A su llegada, el paciente se encontraba hipotenso, taquicárdico y taquipneico, y en la exploración

presentaba defensa e irritación peritoneal en el hemiabdomen superior. Mediante una radiografía de tórax (fig. 1) y una tomografía computarizada toracoabdominal (fig. 2) se le diagnosticó una hernia de hiato gigante. Debido a la inestabilidad hemodinámica y a la semiología que presentaba el paciente, se indicó cirugía urgente; a través de una laparotomía subcostal bilateral se identificó una hernia mixta gigante con el estómago, el colon transversal y 2 asas de intestino delgado en su interior. Al reducir todo el contenido del saco herniario en la cavidad abdominal, se observó que una de las asas del intestino delgado presentaba signos de sufrimiento que se revirtieron en pocos minutos. Se realizó el cierre del defecto herniario con puntos sueltos de material irreabsorbible y funduplicatura de Nissen. Durante el postoperatorio inmediato, el paciente presentó

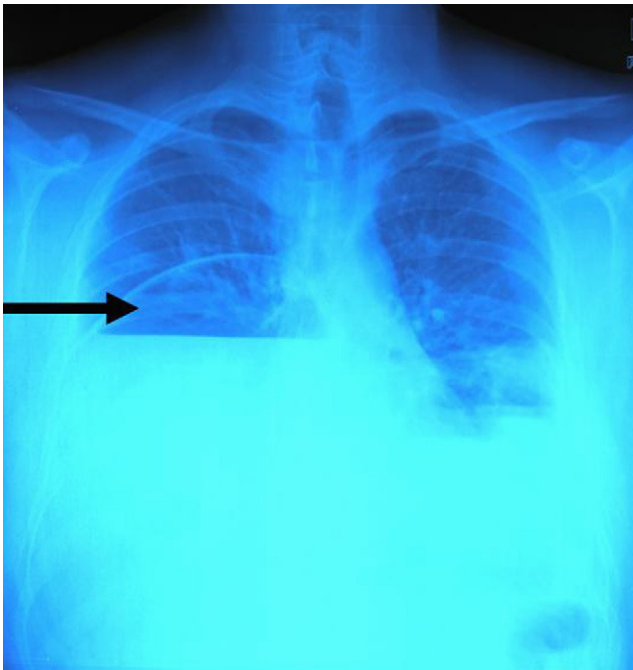


Figura 1 – Gran burbuja aérea en el hemitórax derecho con nivel hidroaéreo a la bipedestación (flecha).

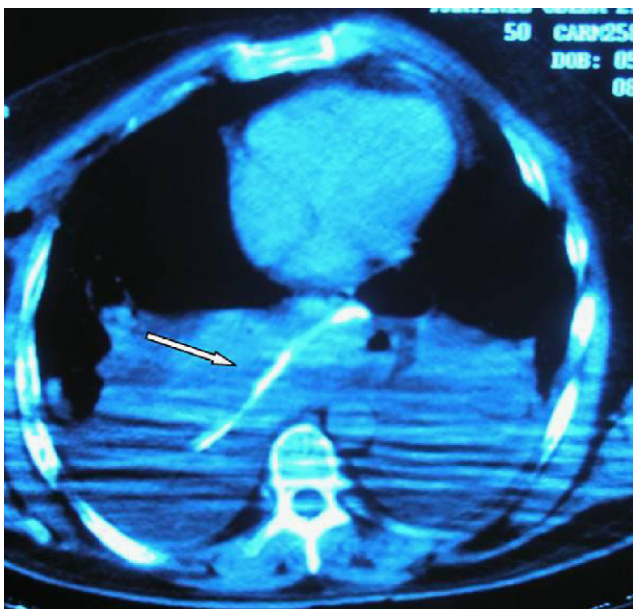


Figura 2 – Sonda nasogástrica en el estómago ascendido al tórax.

empeoramiento de la insuficiencia respiratoria y precisó reintubación orotraqueal y fármacos vasoactivos, por lo que fue trasladado a nuestro centro para valoración. Dada la inestabilidad hemodinámica, la insuficiencia respiratoria y los hallazgos de la cirugía previa, se decidió revisión quirúrgica urgente «second look». Accedimos por la laparotomía previa y encontramos la funduplicatura ascendida al tórax y necrosada por un efecto mixto compresivo y rotacional. La isquemia afectaba también al esófago distal y causaba una perforación a nivel cardíal. Se

redujo el contenido herniario al liberar el estómago de sus fijaciones, salvo los vasos gastroepiploicos derechos, y se realizó una piloroplastia. En un segundo tiempo se accedió por una toracotomía posterolateral derecha, en la que se identificó el saco herniario que se extirpó. Observamos la necrosis de 10 cm distales de esófago, por lo que practicamos una esofagectomía distal, una gastrectomía parcial y una esofagogastrostomía mecánica con grapadora circular. La anatomía patológica de la pieza reveló necrosis gástrica y esofágica perforada con esófago de Barrett sin displasia. La evolución inicial fue desfavorable, ya que presentó un fracaso multiorgánico y un shock séptico que requirió traqueostomía y hemodiálisis. La mejoría fue lenta y permitió la extubación del paciente. Se inició progresivamente dieta oral y ejercicios de rehabilitación para la recuperación funcional. Finalmente, el paciente evolucionó de manera favorable y recuperó la autonomía para la respiración y la deambulación; se le dio el alta a los 3 meses de la intervención quirúrgica.

Las hernias de hiato mixtas se caracterizan por un ascenso de la unión esofagogástrica asociado a un componente paraesofágico, es decir, un saco peritoneal completo que puede incluir otras vísceras además del estómago. Aunque estas hernias presentan una tendencia a aumentar de tamaño, lo que facilita la herniación recurrente y la volvulación gástricas¹, lo más frecuente es que los pacientes permanezcan asintomáticos durante muchos años. Cuando tienen lugar, las manifestaciones clínicas pueden ser secundarias a la compresión torácica por el tumor herniario, lo que produce síntomas respiratorios por afectación pulmonar, palpitaciones u opresión retroesternal con la ingesta o la disfagia por compresión esofágica. Otros síntomas y signos, como malestar epigástrico, plenitud posprandial, dolor abdominal en el hemiabdomen superior y hemorragia digestiva alta, están relacionados con el deterioro de las vísceras contenidas en su interior². Algunos pacientes refieren pirosis³ y regurgitaciones ligadas al ascenso torácico de la unión esofagogástrica, como ocurrió en nuestro caso. La indicación de cirugía electiva resulta un asunto aún controvertido y depende de la intensidad de los síntomas. Algunos autores defienden que la vigilancia periódica es una alternativa razonable en los pacientes asintomáticos u oligosintomáticos⁴. Las reglas técnicas aceptadas en el tratamiento quirúrgico incluyen la reducción de la víscera herniada, la escisión del saco y el cierre adecuado del hiato esofágico⁵. Esto último suele conseguirse mediante la sutura del defecto con puntos sueltos o mediante sutura continua. No obstante, ante grandes orificios herniarios, debilidad de los pilares diafragmáticos o excesiva tensión de la sutura primaria, se ha descrito la práctica de diversas hiatoplastias con material protético para disminuir la tasa de recurrencia⁶. Otro punto importante es el acortamiento esofágico que presenta la mayoría de estos pacientes y que debe tenerse en cuenta a la hora de realizar funduplicatura o no y qué tipo. Así, algunos autores recomiendan la funduplicatura de Collis-Nissen en estos casos^{7,8}. En este paciente, la recidiva precoz de la hernia posiblemente se debiera a este acortamiento esofágico, y la disrupción parcial de la hiatorrafia produjo la compresión y la rotación de la funduplicatura previamente realizada. Aunque la corrección de este tipo de hernias es reproducible y sencilla en muchos casos, no lo es el tratamiento de sus posibles

complicaciones, por lo que la cirugía electiva debe realizarse en centros especializados en cirugía esofagagástrica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Menguy R. Surgical management of large paraesophageal hernia with complete intrathoracic stomach. *World J Surg.* 1988;12:415-22.
2. Boushey RP, Moloo H, Burpee S, Schlachta CM, Poulin EC, Haggar F, et al. Laparoscopic repair of paraesophageal hernias: A Canadian experience. *Can J Surg.* 2008;51:355-60.
3. Patel HJ, Tan BB, Yee J, Orringer MB, Iannettoni MD. A 25-year experience with open primary transthoracic repair of paraesophageal hiatal hernia. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2004;127:843-9.
4. Stylopoulos N, Gazelle GS, Rattner DW. Paraesophageal hernias: Operation or observation? *Ann Surg.* 2002;236:492-501.
5. Targarona EM, Bendahan G, Balague C, Garriga J, Trias M. Mesh in the hiatus: A controversial issue. *Arch Surg.* 2004;139:1286-96.
6. Carlson MA, Condon RE, Ludwig KA, Schulte WJ. Management of intrathoracic stomach with polypropylene mesh prosthesis

reinforced transabdominal hiatus hernia repair. *J Am Coll Surg.* 1998;187:227-30.

7. Itano H, Okamoto S, Kodama K, Horita N. Transthoracic Collis-Nissen repair for massive type IV paraesophageal hernia. *Gen Thorac Cardiovasc Surg.* 2008;56:446-50.
8. Morino M, Giaccone C, Pellegrino L, Rebecchi F. Laparoscopic management of giant hiatal hernia: Factors influencing long-term outcome. *Surg Endosc.* 2006;20:1011-6.

David Ruiz de Angulo Martín^{a,*}, Cristina Sancho Moya^b, Vicente Munitiz Ruiz^a, Elena Romera Barba^a y Pascual Parrilla^a

^aServicio de Cirugía General, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

^bServicio de Cirugía General, Hospital General Universitario, Valencia, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: druidzdeangulo@hotmail.com
(D. Ruiz de Angulo Martín).

doi:10.1016/j.ciresp.2009.03.027

Suprarrenalectomía derecha por cirugía laparoscópica a través de un solo orificio: experiencia inicial en 2 pacientes [☆]

Right adrenalectomy by laparoscopic surgery through a single orifice: Initial experience with two patients

La aparición de cirugía laparoscópica a través de un solo orificio¹ (o SPA [*single port access*]), principalmente a nivel umbilical, ha llevado a nuestro grupo a realizar distintos procedimientos con esta técnica, como la colecistectomía, la apendicectomía, la gastrectomía tubular en obesidad mórbida y la cirugía suprarrenal. Presentamos las 2 primeras suprarrenalectomías derechas realizadas a través de un solo orificio, puesto que ya se han referenciado resecciones izquierdas² pero no derechas.

Caso 1. Mujer de 52 años con incidentaloma derecho de 4 cm de diámetro. Bajo anestesia general y en posición de decúbito lateral izquierdo de 45°, se realiza una incisión cutánea en el borde lateral derecho del ombligo de unos 2,5 cm y se introduce un trocar de 5 mm para establecer el neumoperitoneo con CO₂. Introducción de la óptica de 5 mm y de 30° y exploración de la cavidad peritoneal. Se colocan 2 trócares de 5 mm a 1 cm del anterior entre las 9 y las 12 h a

través de la misma incisión cutánea umbilical. Además, se inserta un trocar 5 mm a nivel epigástrico para colocar el separador hepático. Una vez abierto el retroperitoneo en proximidad a la vena cava, la glándula suprarrenal derecha se separa lateralmente con una pinza de agarre de 5 mm introducida por uno de los trócares umbilicales de 5 mm. El otro trocar de 5 mm sirve para introducir el LigaSure V (Valleylab, Autosuture-España, Covidien), los endoclips, una pinza de agarre o el aspirador para ir disecando la cara medial de la glándula y separarla de la vena cava. Seguidamente se liberan las caras inferior, posterior y superior de la glándula, y en algún momento es necesario utilizar instrumentos articulados o roticulados (Roticular Endo mini-Shears, Roticular Endo-Grasp, Autosuture-España, Covidien) para la sección de la grasa y de los pequeños vasos. Una vez liberada toda la glándula, se introduce en una bolsa (EndoCath 10-mm, Autosuture-España, Covidien) a través de la extracción de

[☆]Presentado previamente como comunicación oral en el 2nd International NOTES W.I.D.E.R., Barcelona, 10 y 11 de noviembre de 2008 y en el 1.º Congreso Nacional de la Sociedad Médico-Quirúrgica de Endoscopia Digestiva, Burgos, 20 y 21 de marzo de 2008.