



Cartas científicas

Shock obstructivo secundario a hernia diafragmática: una rara complicación tras cirugía esofágica

Obstructive shock secondary to diaphragmatic hernia: An uncommon complication after esophageal surgery



La aparición de una hernia diafragmática tras una esofagectomía es una complicación muy infrecuente. Habitualmente son asintomáticas y son diagnosticadas en pruebas de imagen de control. Cuando los producen, suelen manifestarse como disfagia, reflujo, vómitos o pérdida de peso, sin embargo, complicaciones que ponen en riesgo la vida del paciente como la presencia de un shock obstructivo secundario a taponamiento cardíaco asociado a insuficiencia respiratoria por atelectasia no han sido reportadas en la literatura.

Se presenta el caso de un varón de 54 años intervenido de neoplasia de unión esófago-gástrica, realizándose esofagectomía laparo-toroscópica con ascenso transtorácico de plastia gástrica a región cervical según la técnica de McKeown y que precisó resección de algunas fibras musculares del lado izquierdo del hiato esofágico por afectación tumoral, que acudió 8 meses después de la intervención al servicio de urgencias por disnea a moderados esfuerzos y dolor epigástrico de 48 h de evolución.

A la exploración destacaba taquipnea de 30 rpm, 94% de saturación basal, tensión de 90/50 mmHg y frecuencia cardíaca de 130 lpm. La auscultación pulmonar objetivó hipoventilación en todo el hemitórax izquierdo y a la palpación abdominal no presentaba datos de irritación peritoneal.

Análíticamente destacaban 18.000 leucocitos y una proteína C reactiva de 3 mg/dl. Se realizó una tomografía toraco-abdominal (fig. 1) que identificó en hemitórax izquierdo una gran hernia con paso de la práctica totalidad de asas de intestino delgado y colon transverso, con cambio de la trayectoria de la arteria mesentérica superior y signos de sufrimiento intestinal.

Ante la sospecha de taponamiento cardíaco y atelectasia masiva secundaria a hernia diafragmática se indicó una cirugía emergente.

Durante la inducción anestésica el paciente sufrió empeoramiento hemodinámico con descenso de la tensión sistólica a

60 mmHg sin respuesta a fluidoterapia ni a aminas vasoactivas, lo que confirmó el diagnóstico de shock obstructivo. Se realizó una laparotomía media en la que se objetivó hernia diafragmática parahiatal izquierda con ascenso de todo el contenido intestinal y colon transverso a través del defecto herniario. Se llevó a cabo apertura del anillo herniario diafragmático lo que permitió reducir el contenido y evidenciar una mejora hemodinámica inmediata. La intervención finalizó con el cierre del defecto diafragmático con sutura irreabsorbible, la colocación de una malla de politetrafluoroetileno condensado y la resección del colon transverso isquémico.

El paciente fue extubado a las 24 h y recibió el alta al sexto día postoperatorio tras presentar evolución favorable.

La mayoría de las hernias diafragmáticas son de origen congénito¹. La aparición de una hernia tras una esofagectomía es una complicación excepcional, ocurriendo en menos del 1% de los casos de pacientes intervenidos mediante abordaje abierto, siendo este porcentaje levemente superior en cirugía laparoscópica. Esto se debe a la dificultad del cierre hiatal mediante este abordaje y a la menor aparición de adherencias que impidan el ascenso del contenido intestinal al tórax².

La prevención primaria será necesaria en caso de apertura del hiato durante la cirugía, y consistirá en la reparación del defecto con sutura irreabsorbible y fijación de la plastia a los pilares hiatales. El uso de mallas de forma sistemática es controvertido y su indicación deberá adaptarse a la cirugía realizada, evitando la colocación de éstas cerca de una anastomosis³.

La mayor parte de ellas son hernias hiatales que no producen síntomas, diagnosticadas durante el seguimiento de la patología de base⁴. Cuando los producen, suelen ser oligosintomáticas, en forma de vómitos, disfagia o pérdida de peso.

La cirugía ha de considerarse en todos los casos salvo que la hernia sea pequeña y no provoque síntomas⁵.

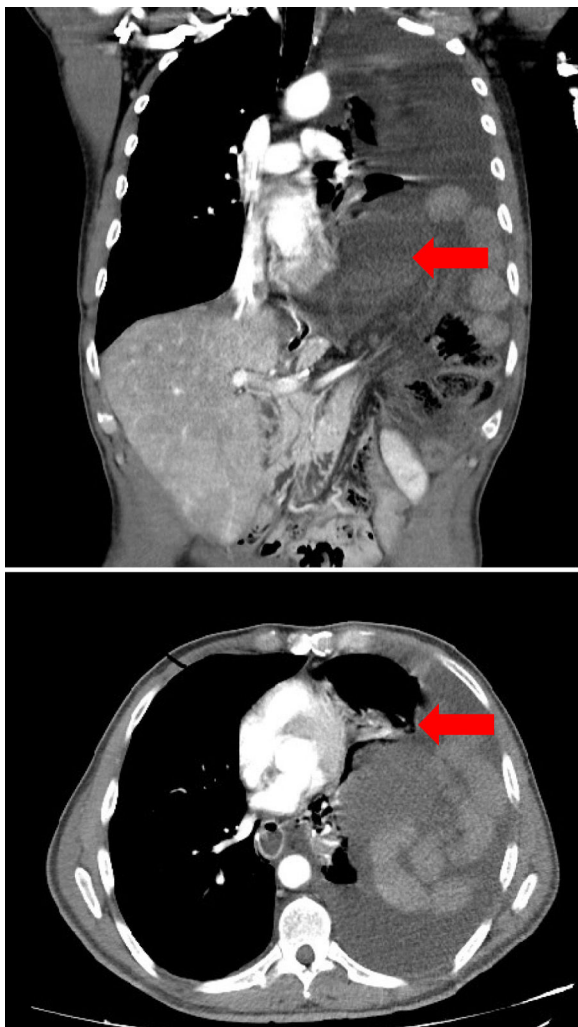


Figura 1 – Proyección coronal de la TC donde se objetiva colon isquémico y su relación con el músculo cardíaco. Proyección axial de la TC donde se objetiva atelectasia pulmonar izquierda y compresión cardíaca (ambos marcados con flecha).

El tratamiento consistirá en la reducción del contenido herniario, cierre del defecto y la colocación de una malla. Puede realizarse mediante abordaje abierto o laparoscópico, y en ciertos casos a través del tórax⁶.

La presencia de una urgencia como un shock obstructivo secundario a hernia diafragmática es extremadamente infrecuente, no habiendo sido reportado como complicación tras una cirugía esofágica electiva.

En el caso presentado, dada la gravedad de la situación, primó actuar rápidamente solucionando la causa que comprometía la situación hemodinámica del paciente, por ello la primera maniobra fue la apertura diafragmática y reducción del contenido herniario, lo que permitió que el paciente recuperara la estabilidad clínica.

Desde el punto de vista de la fisiopatología, fue la resección de parte de la musculatura hiatal lo que generó un defecto diafragmático que no fue reparado y que actuó como orificio herniario. Esto, junto al abordaje laparoscópico y a la pérdida de peso del paciente durante su recuperación postquirúrgica, fueron los mecanismos de acción.

Se concluye, que la reparación del defecto diafragmático, la fijación de la plastia y la valoración de colocación de una malla adecuada durante la esofagectomía podría evitar la aparición de una complicación tan grave como la descrita en los casos en los que es necesario reseca musculatura diafragmática con fines oncológicos o la apertura del hiato.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barbetakis N, Efstathiou A, Vassiliadis M, Fessatidis I. Congenital diaphragmatic hernia as a cause of cardiorespiratory failure and visceral obstruction in late pregnancy. *J Gastrointest Liver Dis.* 2006;15:185–8.
2. Price TN, Allen MS, Nichols FC 3rd, Cassivi SD, Wigle DA, Shen KR, et al. Hiatal hernia after esophagectomy: Analysis of 2,182 esophagectomies from a single institution. *Ann Thorac Surg.* 2011;92:2041.
3. Murata S, Yamazaki M, Kosugi C, Hirano A, Yoshimura Y, Shiragami R, et al. Hiatal hernia following total gastrectomy with Roux-en-Y reconstruction. *Hernia.* 2014;18:889–91. <http://dx.doi.org/10.1007/s10029-013-1142-3>.
4. Brenkman HJ, Parry K, Noble F, van Hillegersberg R, Sharland D, Goense L, et al. Hiatal Hernia After Esophagectomy for Cancer. *Ann Thorac Surg.* 2017;103:1055–62.
5. Gust L, Naftoux P, Allemann P, Tuech JJ, El Nakadi I, Collet D, et al. Hiatal hernia after oesophagectomy: A large European survey. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2019;55:1104–12.
6. Fair KA, Gordon NT, Barbosa RR, Rowell SE, Watters JM, Schreiber MA. Traumatic diaphragmatic injury in the American College of Surgeons National Trauma Data Bank: A new examination of a rare diagnosis. *Am J Surg.* 2015;209:864–8.

Ángel García Romera*, Alberto Montes Montero, Sara González García, Alejandro Morales Hernández y Alberto Bravo Gutiérrez

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: garcia.romera1988@gmail.com (Á. García Romera).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2019.11.016>
0009-739X/

© 2019 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.