Rev Colomb Cir. 2024;39:985-8
https://doi.org/10.30944/20117582.2628

PRESENTACIÓN DE CASO

Hernia hiatal aguda complicada luego de gastrectomía total

Complicated acute hiatal hernia after total gastrectomy

María Gracia Álvarez-Jurado, MD[1], Manuela Monrabal-Lezama, MD[1], Fernando A.M. Herbella, MD[2], Marco G. Patti, MD[3], Francisco Schlottmann, MD, MPH[1,4]

1 Departamento de Cirugía, Hospital Alemán de Buenos Aires, Argentina.
2 Universidad de São Pablo, São Pablo, Brasil.
3 University of Virginia, USA.
4 Department of Surgery, University of Illinois, Chicago, USA.

Resumen

Introducción. La cirugía sigue siendo el pilar del tratamiento para la mayoría de los tumores de la unión esofagogástrica (UEG). Después de la resección quirúrgica de los tumores de la UEG, la anatomía del hiato esofágico se altera severamente, aumentando el riesgo de hernia hiatal (HH) postoperatoria. Mientras que la HH se informa con mayor frecuencia después de la esofagectomía, la HH es una complicación rara después de una gastrectomía total laparoscópica y ocurre en solo aproximadamente 0,5 % de los pacientes.

Caso clínico. Se realizó una gastrectomía total laparoscópica con linfadenectomía D2 en un paciente con un tumor en la UEG. No presentó complicaciones intraoperatorias y cursó su postoperatorio sin incidentes. Dos meses luego de la operación, fue admitido en la sala de emergencias debido a dolor abdominal y torácico difuso, vómitos y hematemesis. La tomografía computarizada de tórax y abdomen mostró herniación de asas intestinales en el hemitórax derecho.

Resultados. Debido a la inestabilidad hemodinámica, se realizó una laparotomía de emergencia y se reparó la hernia hiatal con malla. El paciente fue dado de alta después de 10 días.

Conclusiones. La presentación clínica suele ser inespecífica y justifica un alto nivel de sospecha. Se recomienda la reparación quirúrgica electiva para HH grandes y/o sintomáticas. La reparación de emergencia puede ser necesaria para HH complicadas con encarcelamiento, estrangulación o perforación intestinal. Generalmente, una HH encarcelada después de la gastrectomía total laparoscópica es infrecuente, pero debe considerarse en pacientes con dolor abdominal o vómitos durante el curso postoperatorio. Un diagnóstico y tratamiento oportunos son críticos para obtener resultados favorables.

Palabras clave: unión esofagogástrica; neoplasias esofágicas; gastrectomía; procedimientos quirúrgicos mínimamente invasivos; complicaciones posoperatorias; hernia hiatal.

Fecha de recibido: 28/04/2024 - Fecha de aceptación: 30/05/2024 - Publicación en línea: 17/09/2024
Correspondencia: María Gracia Alvarez-Jurado, Departamento de Cirugía, Hospital Alemán, Av. Pueyrredón 1640, Buenos Aires, Argentina. Teléfono: +54 91148277000. Dirección electrónica: gracia_alvarez@hotmail.com
Cite as: Álvarez-Jurado MG, Monrabal-Lezama M, Herbella FAM, Patti MG, Schlottmann F. Complicated acute hiatal hernia after total gastrectomy. Rev Colomb Cir. 2024;39:985-8. https://doi.org/10.30944/20117582.2628
Este es un artículo de acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons - BY-NC-ND https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es

Abstract

Introduction. Surgery remains the mainstay of treatment for most esophagogastric junction (EGJ) tumors. After the surgical resection of EGJ tumors, the anatomy of the esophageal hiatus of the diaphragm is severely altered, increasing the risk of postoperative hiatal hernia (HH). While HH is more often reported after esophagectomy, HH is a rare complication after laparoscopic total gastrectomy and occurs in only approximately 0.5% of patients.

Clinical case. A laparoscopic total gastrectomy with D2 lymphadenectomy was performed on a patient with an EGJ tumor. No intraoperative complications occurred and the patient had an uneventful postoperative course. Two months after the operation, the patient was admitted to the emergency room due to diffuse abdominal and chest pain, vomiting, and hematemesis. The chest and abdominal CT scan showed herniation of several bowel loops into the right hemithorax.

Results. Due to hemodynamic instability, an emergent laparotomy was performed and the hiatal hernia was repaired with mesh. The patient recovered well from the operation and was discharged after 10 days.

Conclusions. Clinical presentation is often non-specific and warrants a high level of suspicion. Elective surgical repair is recommended for large and/or symptomatic HH. Emergent repair might be needed for complicated HH with incarceration, strangulation, or bowel perforation. Overall, incarcerated HH after laparoscopic total gastrectomy is rare but should be considered in patients with abdominal pain or vomiting during the postoperative course. A prompt diagnosis and treatment are critical to obtain favorable outcomes.

Keywords: esophagogastric junction; esophageal neoplasms; gastrectomy; minimally invasive surgical procedures; postoperative complications; hiatal hernia.

Introducción

A pesar de los avances en las terapias endoscópicas y sistémicas, la cirugía sigue siendo la base del tratamiento para la mayoría de los tumores de la unión esofagogástrica (UEG) [1]. Tras la resección quirúrgica de los tumores de la UEG, la anatomía del hiato esofágico del diafragma queda gravemente alterada, aumentando el riesgo de hernia de hiato (HH) postoperatoria. Si bien la HH se informa con mayor frecuencia después de la esofagectomía, con una incidencia estimada de 0,4 a 19,4 % [2], la HH es una complicación rara después de la gastrectomía total laparoscópica y ocurre solo en aproximadamente 0,5 % de los pacientes [3].

Caso clínico

Paciente masculino de 55 años de edad, con antecedentes de obesidad (Índice de Masa Corporal [IMC] de 60 kg/m^2) a quien se le realizó una esofagogastroduodenoscopia como evaluación preoperatoria para cirugía bariátrica. Presentó una tumoración de 10 cm que infiltraba la curvatura menor del estómago y la UEG. La biopsia endoscópica reveló que se trataba de un adenocarcinoma pobremente diferenciado con células en anillo de sello. Se evaluó la estadificación clínica mediante ecografía endoscópica y PET-CT y se determinó que se trataba de un tumor T2 N1. Luego de la evaluación multidisciplinaria se decidió quimioterapia perioperatoria con FLOT junto con gastrectomía total laparoscópica.

Se realizó gastrectomía total laparoscópica con linfadenectomía D2. No se produjeron complicaciones intraoperatorias y el paciente tuvo un curso postoperatorio sin incidentes.

Dos meses después de la cirugía, el paciente ingresó en urgencias por dolor abdominal y torácico difuso, vómitos y hematemesis. La tomografía computarizada de tórax y abdomen mostró herniación de varias asas intestinales hacia el hemitórax derecho (Figura 1). Debido a la inestabilidad hemodinámica, se realizó una laparotomía de emergencia encontrando intestino delgado

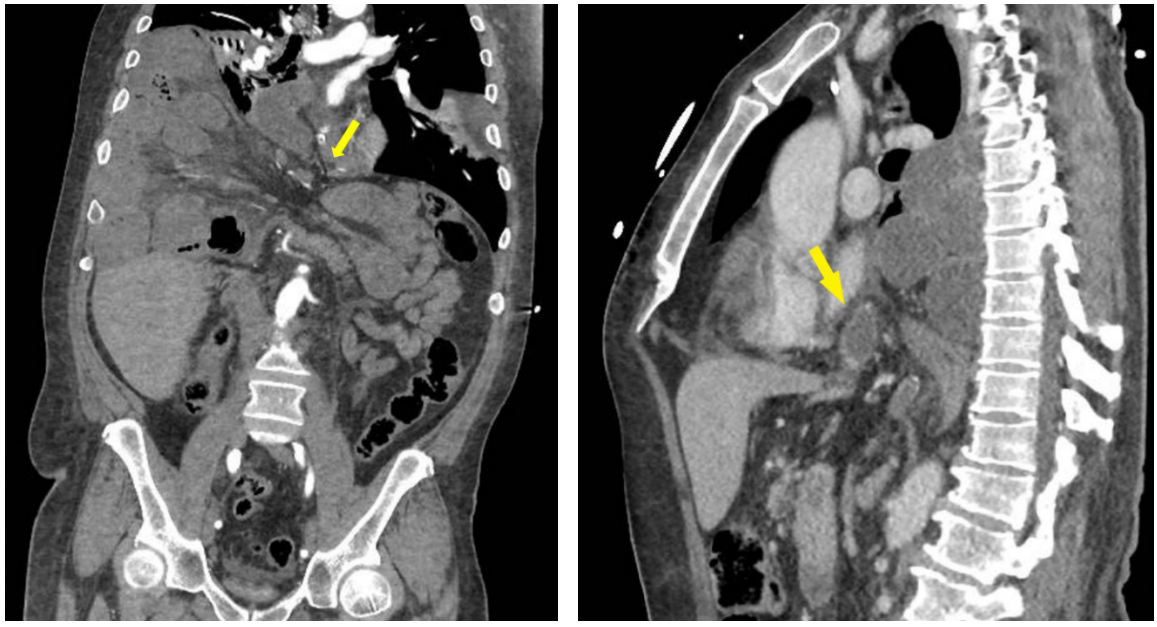


Figura 1. Tomografía computarizada de tórax y abdomen (coronal y sagital) que muestra gran cantidad de intestino delgado herniado a través del hiato esofágico del diafragma (flecha amarilla).

Fuente: Imágenes fotográficas tomadas por los autores..

severamente distendido con una hernia de hiato que contenía aproximadamente 70 cm de intestino delgado herniado hacia el mediastino. El hiato esofágico se abrió aún más para reducir el intestino al abdomen. El intestino delgado fue recuperando lentamente su vitalidad, por lo que no se consideró necesaria la resección intestinal. Luego se cerraron los pilares del diafragma con puntos separados de sutura no absorbible y se reforzó el cierre de hiato con una malla. El paciente se recuperó bien de la cirugía y fue dado de alta 10 días después.

Discusión

El ensanchamiento quirúrgico del hiato, la hernia de hiato preexistente, el compromiso de la crura, el alto gradiente de Presión toracoabdominal, el IMC bajo o la pérdida excesiva de peso, el abordaje transhiatal y la terapia neoadyuvante son algunos de los factores de riesgo descritos para HH [2,3]. Se recomienda la reparación quirúrgica electiva para HH grandes y/o sintomáticas [4]. Podría ser necesaria una reparación urgente en el caso de HH complicada con encarcelamiento, estrangulación o perforación intestinal.

La presentación clínica suele ser inespecífica y justifica un alto nivel de sospecha. La disnea, el dolor abdominal, las náuseas y/o los vómitos son síntomas típicos del HH encarcelada. Las tasas de mortalidad varían entre 10 % y 80 % en los casos de necrosis intestinal debido a un diagnóstico y tratamiento tardíos [2,3]. Se han propuesto varias técnicas quirúrgicas para prevenir o disminuir el riesgo de HH después de esofagectomía o gastrectomía total, como cierre del hiato, refuerzo con malla, fijación del conducto gástrico al pilar u omentopexia [2,3]. Se puede utilizar cirugía abierta o mínimamente invasiva para el tratamiento de la HH complicada, según la experiencia del equipo quirúrgico y el estado hemodinámico del paciente.

En general, es rara la HH encarcelada después de una gastrectomía total laparoscópica, pero debe considerarse en pacientes con dolor abdominal o vómitos durante el postoperatorio. Un diagnóstico y tratamiento oportunos son fundamentales para obtener resultados favorables.

Cumplimiento de normas éticas

Consentimiento informado: Se ha obtenido el consentimiento informado del paciente, autorizando la publicación del caso e imágenes.

Conflicto de intereses: Los autores no reportan conflicto de intereses.

Uso de inteligencia artificial: Los autores declararon que no utilizaron tecnologías asistidas por inteligencia artificial (IA) (como grandes modelos de lenguaje, chatbots o creadores de imágenes) en la producción de este trabajo.

Fuentes de financiación: Este estudio no recibió financiación externa.

Contribución de los autores

- Concepción y diseño del estudio: María Gracia Álvarez-Jurado, Manuela Monrabal-Lezama, Fernando A.M. Herbella, Marco G. Patti, Francisco Schlottmann.
- Recolección de datos: María Gracia Álvarez-Jurado, Manuela Monrabal-Lezama, Fernando A.M. Herbella, Marco G. Patti, Francisco Schlottmann.
- Análisis e interpretación de datos: María Gracia Álvarez-Jurado, Manuela Monrabal-Lezama, Fernando A.M. Herbella, Marco G. Patti, Francisco Schlottmann.
- Redacción del manuscrito: María Gracia Álvarez-Jurado, Manuela Monrabal-Lezama, Fernando A.M. Herbella, Marco G. Patti, Francisco Schlottmann.
- Revisión crítica y aprobación final: María Gracia Álvarez-Jurado, Manuela Monrabal-Lezama, Fernando A.M. Herbella, Marco G. Patti, Francisco Schlottmann.

Referencias

1 Smyth EC, Nilsson M, Grabsch HI, van Grieken NC, Lordick F. Gastric cancer. Lancet. 2020;396:635-48. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31288-5

2 Hanna AN, Guajardo I, Williams N, Kucharczuk J, Dempsey DT. Hiatal hernia after esophagectomy: An underappreciated complication? J Am Coll Surg. 2020;230:700-7. https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2019.12.009

3 Ito E, Ohdaira H, Nakashima K, Suzuki N, Imakita T, Tsutsui N, Yoshida M, Kitajima M, Suzuki Y. Crus incision without repair is a risk factor for esophageal hiatal hernia after laparoscopic total gastrectomy: a retrospective cohort study. Surg Endosc. 2017;31:237-44. https://doi.org/10.1007/s00464-016-4962-2

4 Arraut Gámez RE, Pérez Salcedo FR, Cárdenas Chávez XF, Flórez Restrepo S, Cerro Martínez CP, Caballero Hernández CJ, et al. Hernia hiatal abordaje diagnóstico, complicaciones y manejo. Ciencia Latina. 2023;7:7300-14. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i3.6719