

IMÁGENES EN PATOLOGÍA DIGESTIVA

Necrosis gástrica secundaria a hernia hiatal gigante paraesofágica estrangulada

José Ángel Díez Ares, Nuria Peris Tomás, Nuria Estellés Vidagany y Dolores Periañez Gómez

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Doctor Peset. Valencia

INTRODUCCIÓN

La hernia de hiato gigante asintomática constituye una patología relativamente frecuente en las mujeres a partir de 50 años y su actitud terapéutica se encuentra en controversia en los últimos años.

CASO CLÍNICO

Mujer de 67 años con antecedentes de obesidad mórbida, diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial, dislipemia y hernia de hiato asintomática que acude a Urgencias por presentar dolor torácico y epigástrico relacionado con las comidas desde hace 6 meses con agravamiento claro en las últimas 48 horas, sin otra clínica asociada. Ante la sospecha de pancreatitis aguda se ingresa en el Servicio de Medicina Digestiva para completar el estudio. A las 24 horas del ingreso, la paciente presenta empeoramiento franco de su estado general con hipotensión, sudoración profusa y taquicardia. En el TAC se aprecia una hernia de hiato con el estómago volvulado en sentido mesentero-axial en su interior y abundante cantidad de líquido periesofágico y presencia de alguna pequeña burbuja de gas extraluminal. Estos hallazgos son compatibles con la presencia de una microperforación gástrica, como signos indirectos de sufrimiento (Fig. 1). Asimismo, se visualiza moderada cantidad de líquido perihepático, periesplénico, en saco menor y en pelvis menor (Fig. 2).

Ante la sospecha de hernia de hiato encarcelada con posible perforación gástrica se indica intervención quirúrgica urgente.

Se realiza una resección gástrica atípica de curvatura mayor y una pexia gástrica, con fijación a la cara anterior de la pared abdominal, completando la cirugía con una yeyunostomía de alimentación. En el postoperatorio la paciente presenta una colección mediastínica que se maneja de manera conservadora con tratamiento antibiótico, y es dada de alta a los 12 días.

DISCUSIÓN

La radiografía de tórax con una ampolla aérea epifrénica es diagnóstica de hernia paraesofágica. En nuestro caso,

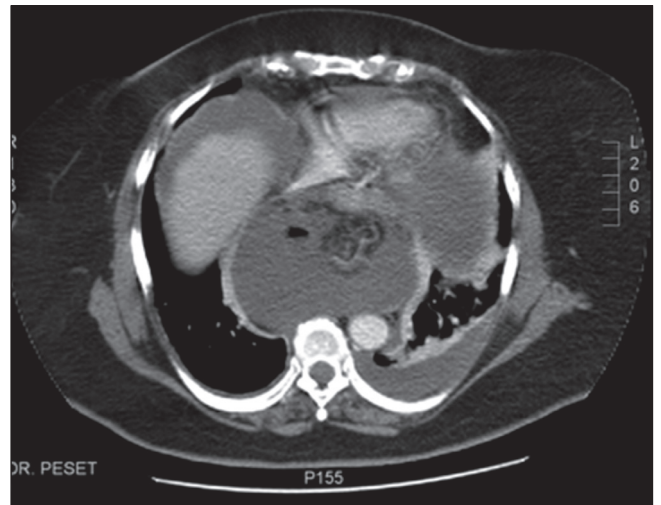


Fig. 1. Corte transverso de TC torácico, apreciando a nivel posterior de mediastino gran saco herniario con abundante líquido en su interior.



Fig. 2. Corte coronario de TC toraco-abdomino-pélvico donde se identifica la gran hernia de hiato paraesofágica.



Fig. 3. Radiografía de tórax P-A con imagen de nivel hidroaéreo en tórax.

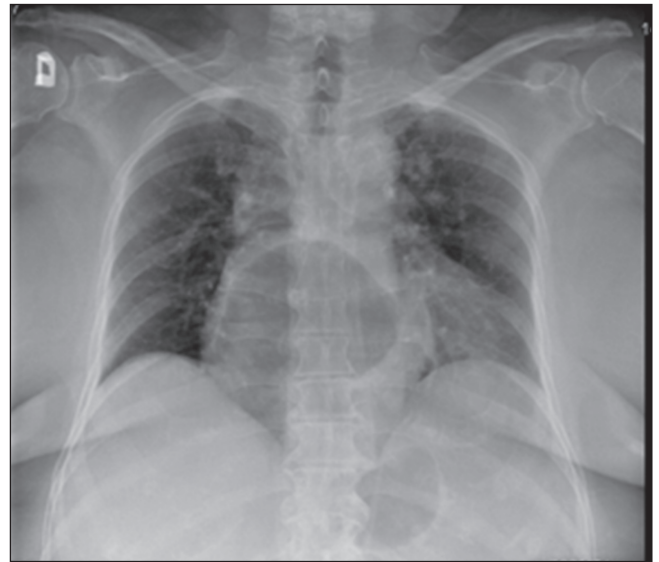


Fig. 4. Radiografía de tórax P-A con aumento de aire a nivel de tórax.

además, se objetiva un aumento progresivo de la cantidad de aire en el estómago herniado (Figs. 3 y 4), que nos apoya, más si cabe, la sospecha de incarceration.

Actualmente la endoscopia es la técnica más sensible y específica para el diagnóstico de las enfermedades esófago-gastroduodenales.

En situaciones de urgencia, sin embargo, la TAC es la prueba más útil.

La técnica quirúrgica de la cirugía de urgencias de la hernia de hiato no está claramente establecida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Skinner DB, Belsey RH. Surgical management of esophageal reflux and hiatus hernia. Long-term results with 1,030 patients. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1967;53:33-54.
2. Granderath FA, Schweiger UM, Kamolz T, et al. Laparoscopic Nissen fundoplication with prosthetic hiatal closure reduces postoperative intrathoracic wrap herniation: Preliminary results of a prospective randomized functional and clinical study. *Arch Surg* 2005;140:40-8. DOI: 10.1001/archsurg.140.1.40
3. Oelschlagel BK, Pellegrini CA, Hunter J, et al. Biologic prosthesis reduces recurrence after laparoscopic paraesophageal hernia repair: A multicenter, prospective, randomized trial. *Ann Surg* 2006;244:481-90. DOI: 10.1097/01.sla.0000237759.42831.03
4. Kohn GP, Price RR, DeMeester SR, et al. Guidelines for the management of hiatal hernia. *Surg Endosc* 2013;27:4409-28. DOI: 10.1007/s00464-013-3173-3
5. Hill LD. Incarcerated paraesophageal hernia. A surgical emergency. *Am J Surg* 1973;126:286-91. DOI: 10.1016/S0002-9610(73)80165-5