







Recursos técnicos para el cierre del hiato sin tensión en la cirugía de la hernia de hiato recidivada

Technical resources for tension-free closure of the hiatus for recurrent hiatal hernia repair

Jesús Lucendo Ramírez , Ana Navío Seller , José R. Ots Gutiérrez , Paula Velayos García , María de los A. Cornejo López , Marta Vicente López 

Hospital Marina Baixa.
Alicante. España

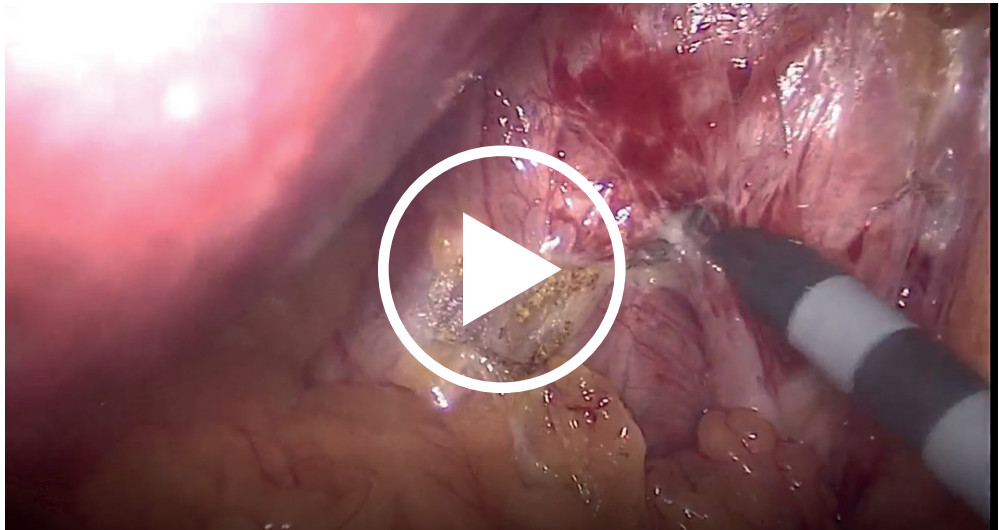
Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Conflicts of interest
None declared.

Se ha recurrido a Chat-GPT durante la fase de redacción en inglés con el objetivo de mejorar la composición y por ende, la comprensión del contenido en dicho idioma, ya que este no resulta nativo para los autores.

Tras su uso, se ha revisado y editado dicho contenido.

Correspondencia
Correspondence:
Jesús Lucendo Ramírez
E-mail: jesuslucen@gmail.com



Link: <https://revista.aac.org.ar/index.php/RevArgentCirug/hernia-hiato>

Recibido | Received
24-01-25
Aceptado | Accepted
11-07-25

ID ORCID: Jesús Lucendo Ramírez, 0000-0001-7595-3031; Ana Navío Seller, 0000-0003-3916-2341; José R. Ots Gutiérrez, 0000-0003-3645-6424; Paula Velayos García, 0000-0002-2998-6614; María de los A. Cornejo López, 0000-0002-6869-020X; Marta Vicente López, 0009-0005-3042-1919.

La reparación laparoscópica en la hernia de hiato recidivada es una cirugía demandante que supone un verdadero reto para el cirujano, pues a la fibrosis y distorsión anatómica derivadas de la intervención previa se le suma la complejidad para conseguir un cierre del hiato sin tensión.

Hay quienes abogan por el cierre de los pilares bajo tensión, reforzando posteriormente con una malla los puntos de sutura¹.

No obstante, uno de los factores de riesgo más importantes para sufrir un fallo en la reparación y subsecuente recidiva es la tensión en la hiorrafia². Además, la colocación de la prótesis en el hiato puede exponer al paciente a futuras complicaciones si la malla entra en contacto con el esófago.

Por ello, nosotros preferimos un cierre de pilares libre de tensión con refuerzo protésico lateral sobre una incisión de relajación diafragmática derecha, y le añadimos la apertura de la pleura parietal izquierda.

Con dichos gestos quirúrgicos se consigue no solo el cierre de los pilares sin tensión, sino que además se evita la posible erosión esofágica por la malla al quedar el material protésico alejado del esófago.

En el video se muestra el caso de un paciente intervenido previamente de hernia de hiato hace años mediante herniorrafia y funduplicatura tipo Nissen.

El enfermo presentaba clínica y sintomatología con repercusión sobre la calidad de vida, por lo que, tras la revisión de las pruebas complementarias y llevar a cabo una valoración individualizada del caso, se decide realizar una cirugía de revisión.

Después de liberar las adherencias del saco al hiato, reducir el contenido herniario que incluía la funduplicatura previa, su desarmado, y la disección de estructuras mediastínicas, se comprueba mediante endoscopia intraoperatoria la ausencia de lesiones iatrogénicas del esófago o el estómago, y se confirma el descenso del cardias a la cavidad abdominal. A continuación, se realiza la apertura de la pleura parietal izquierda, lo que permite disminuir la tensión de dicho pilar. No obstante, al continuar existiendo excesiva tensión para un cierre seguro, se procede a realizar la incisión de relajación diafragmática derecha, que posibilita la aproximación de ambos pilares sin tensión.

Posteriormente se cubre la incisión diafragmática mediante la colocación de una malla bicapa de po-

lipropileno y ácido poliglicólico ajustada al tamaño del defecto creado en el diafragma derecho. Tras su fijación y hiatorrafia, se realiza la técnica antirreflujo, optando en este caso por una funduplicatura tipo Toupet.

El paciente presentó un posoperatorio sin complicaciones, y fue dado de alta a los 4 días de la intervención, sin disfagia ni reflujo.

Al no disponer de endoscopia intraoperatoria propia, la realizan otros especialistas que colaboran en estos casos. El objetivo es doble: por un lado, comprobar la ausencia de lesiones iatrogénicas en el esófago

o el estómago, y, por otro, confirmar el descenso del cardias a la cavidad abdominal una vez finalizada la disección mediastínica.

Con este video queremos exponer las ventajas que el uso de recursos quirúrgicos como la apertura controlada de la pleura parietal izquierda o la incisión de relajación diafragmática derecha con malla nos ofrece para conseguir el cierre de los pilares diafragmáticos sin tensión cuando nos enfrentamos a la reparación quirúrgica por vía laparoscópica de una hernia de hiato recidivada.

■ ENGLISH VERSION

Laparoscopic repair of recurrent hiatal hernia is a demanding surgery that poses a significant challenge for surgeons. In addition to the fibrosis and anatomical distortion resulting from the previous intervention, achieving a tension-free closure of the hiatus is a complex task.

Some authors recommend closing the pillars under tension and then reinforcing the stitches with mesh placement¹.

However, one of the most important risk factors for failure of the repair and subsequent recurrence is tension in the reconstruction². Additionally, mesh placement in the hiatus can expose the patient to potential future complications if the device comes into contact with the esophagus.

Therefore, the authors of this manuscript are inclined to perform a tension-free closure of the pillars using a right-sided diaphragmatic relaxing incision with mesh reinforcement. We also open the left parietal pleura.

With these surgical gestures, the pillars are closed free of tension while avoiding potential erosion of the esophagus by the mesh, as the prosthetic material is kept away from the esophagus.

The video illustrates the case of a male patient with a history of Nissen fundoplication for hiatal hernia repair, performed several years prior.

The patient had symptoms that affected his quality of life. After performing complementary tests and an individualized assessment of the case, a revision surgery was decided.

After releasing the adhesions of the hernia sac to the hiatus, the hernia content is reduced,

and the previous fundoplication is reversed. The mediastinal structures of the hernia sac are dissected. Intraoperative endoscopy confirms the absence of injuries to the esophagus or stomach and the proper position of the cardia in the abdominal cavity. The left parietal pleura is then opened to reduce the tension on that pillar. However, since there is still excessive tension for a safe closure, a right-sided diaphragmatic relaxing incision is made to allow for the approximation of both pillars without tension.

The diaphragmatic incision is then covered by placing a double-layered mesh of polypropylene and polyglycolic acid fitted to the size of the created defect in the right diaphragm. After the mesh is fixated and the hiatus is repaired, the anti-reflux technique is performed, using Toupet fundoplication.

The postoperative course was uneventful, and the patient was discharged on postoperative day four without dysphagia or reflux.

Intraoperative endoscopy is performed by other specialists who collaborate in these cases because our team lacks this method. The use of intraoperative endoscopy has two purposes: to check for iatrogenic injuries to the esophagus or stomach, and to confirm the position of the cardia in the abdominal cavity after mediastinal dissection.

The aim of this video is to highlight the advantages of surgical resources, such as the controlled opening of the left parietal pleura or the right-sided diaphragmatic relaxing incision with mesh placement, which provide a tension-free closure of the diaphragmatic pillars during laparoscopic surgical repair of a recurrent hiatal hernia.

Referencias bibliográficas /References

1. Socas-Macías M, Agua IAD, Barranco-Moreno A, Ibáñez-Delgado F, Vázquez-Medina A, López-Bernal F, et al. Hernias de hiato gigantes y colocación de mallas. Cir Andal. 2017;28 (1): 22-5.
2. Ellis R, Garwood G, Khanna A, Harmouch M, Miller CC, Banki F. Patient-related risk factors associated with symptomatic recurrence requiring reoperation in laparoscopic hiatal hernia repair. Surg Open Sci. 2019;1(2):105-10.