

## Re-gastrectomía y reparación de hernia de hiato a largo plazo tras Cruce Duodenal. Video 7'

Aniceto Baltasar, Rafael Bou, Marcelo Bengochea  
Clínica San Jorge. ☒ Cid 61. 03803-Alcoy. España. [abaltasar@coma.es](mailto:abaltasar@coma.es) Tel. (34)965.332.536

**Introducción:** Caso clínico en vídeo de una paciente IMC-44 operada en 2004 de CD abierto. Reingresa 6 años después con hernia de hiato sintomática y Reflujo Gastro-Esofágico (RGE) por endoscopia. Se evidencia también un antro retenido. **Técnica:** Se repara por laparoscopia la hernia de Hiato y se lleva a cabo una antrectomía. **Evolución:** Satisfactoria.

**Palabras clave:** Hernia de Hiato; Tubo gástrico hernia de hiato: manga hernia de hiato; Re-gastrectomía

### Introducción

La Hernia de Hiato (HH) es frecuente en la población bariátrica y no suele ser sintomática. Se asocia o no con RGE que disminuye la calidad de vida, la pérdida de peso o su re-ganancia tras la cirugía [1]. La enfermedad de Reflujo Gastro-Esofágico (RGE) afecta a más del 15% de los pacientes operados por obesidad, y su presencia aumenta significativamente con IMC elevados [2].

El Cruce duodenal (CD) es una técnica mixta, compleja que consiste en la formación de una Gastrectomía (GV) Vertical (tubo o manga gástricos) más una Derivación Bilio-Pancreática (DBP), y es la técnica más efectiva en cuanto a pérdida de peso de todas las intervenciones bariátricas.

Presentamos una paciente con RGE severo y re-ganancia de peso 6 años tras CD abierto. El video muestra la reparación laparoscópica de la HH (reducción del tubo y reparación de pilares) y re-gastrectomía.

### Caso clínico en vídeo

Paciente asintomática excepto por obesidad, 137 Kg. de peso, IMC-44 operada en 2004 por vía abierta y en la que se realizó: 1) Biopsia hepática; 2) Colectomía; 3) Apendicetomía; 4) GV sin antrectomía y 4) DBP con AC - 65 cm, ABP-250 cm y AA-185 cm.

A los 6 años había perdido 56 Kg, IMC-26, IMC "Esperable"-29, PSP-80%, %EIMCP-95%, %EIMCP esperable es 126%, que significa que había perdido un 26% más de lo esperable.

Sin embargo, con IMC-31, desde hace 3 meses aquejaba síntomas de RGE por lo que en el estudio se evidenció esofagitis de reflujo, HH importante y antro dilatado.

Se lleva a cabo <http://youtu.be/peYLRbou1YI> la intervención por laparoscopia. Se hace neumoperitoneo con aguja de Veress, y se van introduciendo 4 trocates de 5 mm, uno de 10 para la cámara y uno de 12 para grapado. Se identifica el tubo gástrico y con disección de ultrasonía laboriosa se expone el saco herniario, que se reduce a abdomen con tracción de drenaje de Penrose alrededor de la Unión Esófago-Gástrica (UEG).

Se exponen los pilares derecho e izquierdo del diafragma, que se cierran sin tracción con 3 suturas dobles de seda 2/0. El estómago intrabdominal se fija a los pilares de diafragma con 3 suturas de seda. Se aplican clips marcadores en las suturas gastrodiafragmáticas.

Se realiza una antrectomía del segmento dilatado con la aplicación de 4 grapadoras longitudinales empezando en píloro.

Cursa de forma asintomática y es dada de alta al 2DPO



Fig.1.Pre-op Fig.2.Post-op1 Fig.3.Post-op2

La radiografía post-operatoria muestra los clips fijando el estómago al hiato abdominal.

A los dos años pesa 82 Kg., IMC-26 y está sin síntomas.

### Discusión

El cierre de pilares diafragmáticos ha sido recomendado en casos de HH sintomática tras anillas ajustables y tras la derivación gástrica [3,4]

La GV laparoscópica (GVL) ha sido recomendada, con cierre de pilares, para el tratamiento del RGE y HH en obesos mórbidos consiguiendo corregir obesidad y el RGE [5], así como en casos de urgencia por necrosis de fundus en paciente con HH y anilla gástrica [6].

En casos de anillado gástrico [7] la asociación de HH y alteración motora esofágica son factores de riesgo para fallos.

La reparación de pilares con o sin material protector de refuerzo están indicados en la GVL si hay RGE [2]

La re-gastrectomía han sido recomendada [8,9] en casos de re-ganancia de peso, y nosotros la hacemos antrectomía de forma sistemática en todas las GVL primarias sin haber tenido problemas de vaciado [10].

Al haber eliminado fundus en la operación original, no hay tejido disponible para una funduplicatura (Dor o Toupet) pero a la vez la producción de ácido gástrico está significativamente reducida. En casos extremos habría que recurrir a la derivación gástrica en Y-de-Roux [1]

### Bibliografía:

1. Parikh M, Gagner M. Laparoscopic hiatal hernia repair and repeat sleeve gastrectomy for gastro-

esophageal reflux disease after duodenal switch. *Surg Obes Relat Dis.* 2008;4(1):73-5. [PubMed][DOI: 10.1016/j.soard.2007.07.014 ]

2. Ayman M. Soliman. Laparoscopic Crural Repair With Simultaneous Sleeve Gastrectomy: A Way in Gastro-esophageal Reflux Disease Treatment Associated With Morbid Obesity. *Journal of Minimally Invasive Surgical Sciences.* June 2012, 2012; 1:71-77. DOI:10.582/jmiss.5171
3. Dolan K, Finch R, Fielding G. Laparoscopic gastric banding and crural repair in the obese patient with a hiatal hernia. *Obes Surg.* 2003; 13(5):772-5.[DOI: 10.1381/096089203322509372]
4. Salvador-Sanchis JL, Martinez-Ramos D, Herfarth A, Rivadulla-Serrano I, Ibanez-Belenguer M, Hoashi JS. Treatment of morbid obesity and hiatal para-esophageal hernia by laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. *Obes Surg.* 2010;20(6):801-3.[DOI: 10.1007/s11695-008-9656-y ]
5. Cuenca-Abente F, Parra JD, Oelschlager BK. Laparoscopic sleeve gastrectomy: an alternative for recurrent para-esophageal hernias in obese patients. *JLS.* 2006;10(1):86-9.
6. Bernante P, Breda C, Zangrandi F, Pomerri F, Pelizzo MR, Foletto M. Emergency sleeve gastrectomy as rescue treatment for acute gastric necrosis due to type II paraesophageal hernia in an obese woman with gastric banding. *Obes Surg.* 2008;18(6):737-41. [DOI: 10.1007/s11695-007-9374-x ]
7. Greenstein RJ, Nissan A, Jaffin B. Esophageal anatomy and function in laparoscopic gastric restrictive bariatric surgery: implications for patient selection. *Obes Surg.* 1998;8(2):199-206.
8. Gagner M, Rogula T. Laparoscopic reoperative sleeve gastrectomy for poor weight loss after biliopancreatic diversion with duodenal switch. *Obes Surg* 2003; 13:649 –54.
9. Baltasar A, Serra C, Pérez N, Bou, R, Bengochea M. Re-sleeve gastrectomy. *Obes Surg* 2006;16:1535–8.
10. Baltasar A, Bou R, Bengochea M, Serra C, Pérez P.: Gastrectomía Vertical Laparoscópica con antrectomía parcial y Parche de Epiplón. Video.BMI-1.1.6 (14-15)