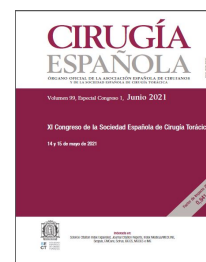




# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## V-22 - HERNIA TRAUMÁTICA GIGANTE DEL DIAFRAGMA. REDUCCIÓN Y RECONSTRUCCIÓN POR VATS

Rombola, C.A.; Montesinos Encalada, M.; Fraile Olivero, C.; Milla Collado, L.; León Valles, M.; Enriques Bargallo, S.; Arbones Areste, R.; Protti, G.P.; Salinas Barrau, N.; Villalobos Mori, R.

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

### Resumen

**Introducción:** Una de las funciones esenciales del diafragma es la de contener y separar las vísceras abdominales de las torácicas. La transposición de órganos desde el abdomen al tórax a través de una solución de continuidad se define como hernia diafragmática. Las causas traumáticas pueden ser agudas o crónicas. Las primeras, suelen relacionarse con una amplia ruptura del diafragma que permite su diagnóstico precoz después de un traumatismo severo. Como suelen asociarse a lesiones abdominales, se aconseja su reparación y exploración desde el abdomen. Las segundas (como la del caso que se describe), se diagnostican en forma diferida tras un aumento progresivo de la solución de continuidad, favorecida por la diferencia de presiones existente entre el abdomen y el tórax. Frecuentemente se asocian a adherencias en el tórax, por lo que el abordaje habitual es la toracotomía. Sin embargo, su abordaje mínimamente invasivo (VATS), podría mejorar resultados postoperatorios. En casos de grandes hernias crónicas, la reducción de las vísceras hacia el abdomen puede generar un incremento de la tensión intraabdominal con el consiguiente síndrome compartimental del abdomen y dificultad ventilatoria.

**Descripción del caso:** Varón de 52 años, obeso, con antecedente de traumatismo torácico hace 30 años por accidente de tráfico con ingreso en UCI. Ingresó con cuadro sugestivo de neumonía. Al ver ocupación del campo pulmonar derecho se realiza TC observando gran hernia diafragmática. Refiere haber presentado en los últimos años, disnea progresiva a esfuerzos mínimos, con ortopnea y dolores ocasionales a nivel cervical y hombro derecho. Episodios ocasionales de palpitations y dispepsias. Se propone reducción y cierre de hernia con malla por VATS. Un mes previo a la cirugía se inyecta bilateralmente, toxina botulínica a nivel de músculos abdominales (relajación de oblicuos externo e interno y transversos) para reducir tensión abdominal y recuperar el “derecho a domicilio” de las vísceras abdominales. Durante la inducción anestésica con intubación selectiva, se coloca catéter epidural, sonda nasogástrica y vesical. Posición de toracotomía con anti-Trendelenburg. Se realiza toracoscopia mediante dos puertos de 4 y 2 cm. (5º y 7º espacios intercostales). Se utilizan separadores de partes blandas tipo (Alexis “S” y “XS”). Se observa toda la cavidad cubierta por vísceras abdominales (intestino delgado, mesenterio, colon derecho, mesocolon, epiplón, lóbulo derecho hepático y la vesícula biliar, con adherencias vascularizadas al pulmón, a la pleura y al anillo herniario que deben seccionarse para permitir la reducción completa. Cierre con malla de ePTFE antiadherente, que favorece la integración y la seguridad para la fijación con puntos (semitransparente). Se constata reexpansión pulmonar completa. El posoperatorio cursa sin

incidencias, con algunos episodios de desaturación inespecíficos y dolor moderado que se controla con anestésicos epidurales y AINEs. Es dado de alta al 5º día PO sin incidencias y con remisión de la disnea y ortopnea.

**Discusión:** La reducción y cierre con malla de una hernia diafragmática gigante es factible por VATS, permitiendo la liberación de adherencias torácicas y la fijación de la malla con una mínima agresión quirúrgica.