



P-657 - INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA Y OBSTRUCCIÓN INTESTINAL COMO PRESENTACIÓN CLÍNICA DE UNA HERNIA DIAFRAGMÁTICA DERECHA

Furtado Duarte Lobo Gonçalves, Isabel Maria¹; Morante Perea, Ana Pilar²; Soto Schutte, Sonia¹; Jiménez Álvarez, Laura¹; San Román Romanillos, Rosario¹; Hernández Merlo, Francisco¹; Noguerales Fraguas, Fernando¹; Gutiérrez Calvo, Alberto¹

¹Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares; ²Fundación Hospital Alcorcón, Alcorcón.

Resumen

Introducción: Presentamos el caso de una hernia diafrágica estrangulada que originó una compresión mediastínica y pulmonar con insuficiencia respiratoria aguda e isquemia intestinal.

Caso clínico: Mujer de 77 años, hipertensa, trasladada al Servicio de Urgencias por disnea rápidamente progresiva de 1 día de evolución y estreñimiento. Clínicamente, presentaba insuficiencia respiratoria aguda que precisó de soporte ventilatorio no invasivo y en la exploración física dolor en el hemiabdomen derecho. En la radiografía de tórax se visualizaba desplazamiento mediastínico contralateral, con imagen hidroaérea en hemitórax derecho compatible con colon transverso. Ante la gravedad del cuadro clínico se decidió intervención quirúrgica urgente. A través de una laparotomía media se evidenció una hernia diafrágica antero-medial derecha de posible origen congénito que contenía colon transverso, volvulado e isquémico, con saco herniario, produciendo una dilatación retrógrada del colon derecho, que presentaba signos de isquemia establecida. Tras la reducción del colon herniado, se realizó una hemicolectomía derecha ampliada con ileostomía terminal. El defecto herniario, de 10 cm, fue suturado con puntos sueltos transfixivos de sutura no absorbible. En el acto quirúrgico se evidenció una malrotación intestinal, con ausencia de ángulo de Treitz, duodeno intraperitoneal y una disposición anómala de la vía biliar. El lóbulo hepático izquierdo presentaba un tamaño superior al habitual y el ligamento falciforme tenía su origen en el tórax, en el interior de la hernia. La paciente precisó estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos por *shock* distributivo tras descompresión mediastínica. La recuperación fue adecuada y recibió alta al mes, estando asintomática en las sucesivas revisiones.

Discusión: Las hernias diafrágicas no traumáticas se clasifican en congénitas (Morgani y Bochdalek) e hiatales. La hernia de Morgani representa el más raro de todos los defectos diafrágicos (3%). Ocurre en el llamado triángulo esternocostal y es más frecuente del lado derecho. Al contrario de las demás hernias diafrágicas, es menos comúnmente diagnosticada en la infancia, ya que las hernias derechas y las anteriores parecen presentar síntomas menos graves. La constatación de saco herniario está asociada a un aumento gradual del defecto, estando los pacientes habitualmente asintomáticos. Los síntomas de la presentación aguda suelen ser respiratorios, con disnea, tos y dolor retroesternal, y más raramente consistentes en obstrucción intestinal. Estas hernias en la edad adulta se presentan en media a los 53 años y suelen contener

colon, epiplón o estómago, habiéndose descrito la inclusión del ligamento falciforme y malformaciones asociadas como malrotación intestinal y fusión hepatopulmonar. La radiografía de tórax suele ser diagnóstica, con patrón de gas intestinal en el tórax, nivel hidroaéreo o hemidiafragma elevado, aunque se describen hasta 18% de mal interpretaciones, como hidroneumotórax. El tratamiento es quirúrgico, y se cree que no hay un papel para la observación ambulatoria. El abordaje más común ante una presentación aguda es la laparotomía. El acceso abdominal permite una fácil reducción del contenido con control adecuado de la viabilidad de las vísceras, la inspección del diafragma contralateral y averiguar la existencia de malformaciones asociadas. La reparación se hace habitualmente con sutura no absorbible, con o sin prótesis.