



VC-020 - ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE LA HERNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA: CASO CLÍNICO

Hurtado De Rojas Grau, Cristina; Aguilar Márquez, Ana Isabel; Alpízar Rivas, Óscar; Marengo de la Cuadra, Beatriz; Domínguez Amodeo, Antonio; Cáceres Salazar, Juan Manuel; Domínguez-Adame Lanuza, Eduardo

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Resumen

Introducción: La hernia diafrágica traumática es una patología poco frecuente, se produce en el 5-7% de los pacientes que sufren un trauma toracoabdominal cerrado. Son más frecuentes en el lado izquierdo debido a que el hemidiafragma derecho se encuentra protegido por el hígado. A menudo pasan desapercibidas tras la lesión, y se presentan meses o años después produciendo compromiso respiratorio, obstrucción intestinal o una estrangulación intestinal, peligrando la vida de los pacientes, por lo que es crucial la detección temprana de esta patología.

Caso clínico: Paciente varón de 60 años, entre cuyos antecedentes destaca un ingreso hace dos meses tras sufrir un accidente de tráfico presentando fractura cervical, de la que fue intervenido, y fractura de meseta tibial. Acude a urgencias por dolor abdominal de varios días de evolución, sin otra clínica acompañante. Tras una primera evaluación en urgencias, se decide realizarle un TAC de abdomen donde se observa una gran hernia diafrágica izquierda de 8 × 7,5 cm no complicada con contenido graso, vasos mesentéricos y asas de yeyuno. Tras estos hallazgos, se decide ingreso a cargo de Cirugía General para control evolutivo del paciente y programar cirugía para reparar dicho defecto herniario. Se intervino 15 días más tarde realizándose una laparoscopia exploradora, donde se observó una hernia diafrágica de unos 15 cm de longitud máxima localizada entre la 10ª y 11ª costilla del hemidiafragma izquierdo, se redujo todo el contenido intestinal observando que el pulmón izquierdo se encontraba colapsado. Se realizó herniorrafia del defecto con puntos discontinuos entrecruzados disminuyendo la presión del neumoperitoneo de 14 mmHg a 8 mmHg, y finalmente se colocó una malla composite "Symbotek" de 15 × 20 cm fijada con *tackers*. Tras la intervención, el paciente presentó un posoperatorio favorable, siendo dado de alta a los 4 días.

Discusión: Las lesiones diafrágicas traumáticas son difíciles de diagnosticar en situaciones de emergencia. El TAC se considera la técnica diagnóstica de elección, pudiéndose usar también otras técnicas como radiografías simples, ecografías o estudios baritados, aunque en la mayoría de las ocasiones no son útiles para detectar una lesión diafrágica aguda a no ser que presenten hernias con contenido abdominal. Si la lesión pasa desapercibida en la fase aguda, irá progresando hasta producir una gran herniación, comprometiendo la vida del paciente. Para evitar esto, se debe sospechar lesión diafrágica en los pacientes que presenten dolor abdominal o en región torácica inferior tras un traumatismo cerrado, siendo recomendado realizar un seguimiento radiológico en estos casos. En cuanto al tratamiento, es importante reparar estos tipos de hernias traumáticas tan

pronto como se diagnostiquen para evitar futuras complicaciones, pudiendo abordarse por vía abdominal o torácica en función de las características de la hernia y del tiempo de evolución que presenten. La cirugía consiste en la reducción del contenido abdominal y cierre del defecto sin tensión, y colocación de material protésico en caso de que no se pueda cerrar.