



## V-012 - HERNIAS DIAFRAGMÁTICAS CONGÉNITAS: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO MEDIANTE ABORDAJE LAPAROSCÓPICO

Mohamed Chairi, Mohamed Hassin<sup>1</sup>; Mogollón González, Mónica<sup>1</sup>; Triguero Cabrera, Jennifer<sup>1</sup>; Expósito Ragotín, Fernando Daniel<sup>2</sup>; Álvarez Martín, María Jesús<sup>1</sup>; Villar del Moral, Jesús María<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada; <sup>2</sup>Hospital de Baza, Baza.

### Resumen

**Introducción:** La hernia diafragmática congénita es una patología que afecta con mayor frecuencia a la población pediátrica, aunque los adultos también pueden verse afectados. Existen principalmente dos tipos: hernia de Bochdalek y hernia de Morgagni. La reducción del contenido y la reparación quirúrgica del defecto herniario es el tratamiento de elección. Durante los últimos años ha cambiado el abordaje desde una cirugía abierta hasta una cirugía mínimamente invasiva, ya sea por laparoscopia, toracoscopia o una combinación de ambas. Se revisa y narra la estrategia quirúrgica de dos pacientes adultos con hernias diafragmáticas congénitas de gran tamaño realizándose una reparación por vía laparoscópica con uso de prótesis para lograr el cierre del defecto.

**Casos clínicos:** El primer caso es un paciente de 23 años con clínica de opresión torácica y epigastralgia que se diagnostica de hernia diafragmática congénita con un defecto de 15 × 15 cm y que abarca casi la totalidad del hemidiafragma izquierdo (hernia de Bochdalek). Con el paciente en posición francesa y antitrendelemburg, se abordó por vía laparoscópica iniciando la intervención mediante la realización de neumoperitoneo progresivo por aguja de Veress. Se evidenció una ausencia casi total del hemidiafragma izquierdo con herniación del bazo, cola de páncreas, riñón izquierdo, glándula suprarrenal izquierda, colon transversal y descendente. Se inició la disección del saco herniario, procediendo a la liberación progresiva de las adherencias fijas a su contenido hasta lograr su completa luxación a la cavidad abdominal. Liberación del plano muscular donde se fijó la malla. Colocación de malla de "Goretex" fijada mediante puntos de nylon en toda su circunferencia, anclándola a plano muscular y pared costal dada la magnitud del defecto que impide el cierre primario del mismo. Se colocó drenaje tipo Blake en región torácica. Dado de alta a los 4 días sin complicaciones. En el seguimiento actual continúa asintomático y sin recidiva. El segundo caso es un paciente de 52 años que, a raíz de síntomas de molestias abdominales y vómitos de retención, se diagnosticó de una gran hernia diafragmática posterior izquierda (hernia de Bochdalek). Colocado en decúbito lateral izquierdo, iniciamos la intervención por abordaje laparoscópico. Se evidenció de nuevo una ausencia casi total del hemidiafragma izquierdo sin claro saco herniario y con desplazamiento hacia el tórax del estómago, bloque esplenopancreático, riñón izquierdo y ángulo esplénico del colon. Se disecó el hiato esofágico identificando el pilar diafragmático izquierdo íntegro, procediendo a la disección del plano posterior retroperitoneal hasta lograr la liberación completa de los órganos herniados al músculo cuadrado lumbar y cavidad mediastínica. Una vez

reducido el contenido, se colocó malla “Timesh” de 20 × 20 cm fijada a la inserción teórica del diafragma, cuadrado lumbar, pilar diafragmático izquierdo y parrilla costal mediante puntos de material irreabsorbible y refuerzo de *tackers* reabsorbibles. Se colocó drenaje tipo “Jackson-Pratt” en la cavidad mediastínica. Dado de alta a los 3 días sin incidencias. Actualmente se encuentra asintomático y sin recidiva.

**Discusión:** El abordaje laparoscópico transabdominal es seguro y factible para las hernias diafragmáticas congénitas sintomáticas en manos de cirujanos expertos en laparoscopia.