



V-019 - ROTURA DIAFRAGMÁTICA DERECHA TRAS TRAUMA PENETRANTE. REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA

Pérez Rodríguez, Rosa; Romacho López, Laura; González Sánchez, Antonio Jesús; Titos García, Alberto; Cabrera Serna, Isaac; Aranda Narváez, José Manuel

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Introducción: La lesión diafragmática tras un traumatismo es poco frecuente, con una incidencia de 0,8-5%, siendo tres veces más frecuente después de un trauma cerrado que de un trauma penetrante. La rotura del hemidiafragma derecho solo representa el 10-15% de ellas y su diagnóstico es a menudo tardío, lo que puede resultar en una mayor morbilidad para el paciente.

Caso clínico: Varón de 33 años con trastorno psicótico que, en contexto de agitación psicomotriz, se autoinflige lesión abdominal con un cristal. Llega al hospital estable hemodinámicamente, con buen nivel de consciencia y eupneico. Presenta herida de 7 cm en hipocondrio derecho. Se realiza TC que muestra herida incisa con entrada por flanco derecho y trayecto ascendente que se introduce entre los 7º y 8º arcos costales ipsilaterales, asociado a un mínimo neumotórax basal derecho, leve derrame pleural, burbujas de neumoperitoneo en torno a la cúpula hepática y lesión de 4cm en segmento VIII hepático compatible con hematoma. Se decide vigilancia y se realiza cierre primario de la herida. En +1 día de ingreso, en la radiografía de tórax control, se evidencia aumento del derrame pleural derecho, por lo que se coloca drenaje pleural con salida de 400 ml hemático oscuro. Se realiza TC control a las 48 horas, por sospecha de rotura diafragmática. Además, el paciente presenta evisceración de epiplón por la herida, lo que motiva la indicación de cirugía urgente. Realizamos laparoscopia, objetivando lesión diafragmática derecha de unos 5 cm con evisceración de epiplón. Hígado con buen aspecto. Se realiza cierre del defecto diafragmático con 2 suturas continuas con stratafix symmetric.

Discusión: Se debe sospechar rotura diafragmática en cualquier herida penetrante en el área toracoabdominal, aunque en el lado izquierdo es más frecuente. La presencia de un defecto diafragmático supone un riesgo potencial importante de herniación del contenido abdominal, especialmente del estómago o colon. La herniación se puede producir en el momento agudo o meses/años después. Un diagnóstico erróneo después de una lesión aguda puede dar lugar a complicaciones potencialmente graves, como compromiso cardiorrespiratorio o estrangulación del contenido intraabdominal en el hemitórax. Por tanto, todas las lesiones diafragmáticas se benefician de un diagnóstico y reparación tempranas. Las lesiones diafragmáticas suelen presentar escasa sintomatología y escasos hallazgos en la radiografía de tórax. Incluso con TC, el diagnóstico es extremadamente complejo en ausencia de herniación. Cuando no se ha producido la herniación, la

única forma de diagnosticarlo es bajo visión directa. Si el paciente no tiene indicación de laparotomía urgente, la laparoscopia o toracoscopia son útiles en el diagnóstico. Las guías PICO recomiendan el abordaje abdominal. Si se identifica una rotura, independientemente del tamaño de esta, la reparación está indicada. Sin embargo, la indicación quirúrgica en el lado derecho se debe individualizar ya que el hígado puede actuar de barrera y la herniación es menos frecuente. Para la reparación, se recomienda sutura continua no absorbible. La necesidad de prótesis es excepcional.