



## P-519 - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE UNA HERNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA GIGANTE CON PÉRDIDA DE DERECHO A DOMICILIO

*Báez de Burgos, Celia; Puche Pla, José; de Andrés Gómez, Alejandra; Navarro Moratalla, Carla; Oviedo Bravo, Miguel; Vázquez Prado, Antonio; Albors Baga, Pilar; Bruna Esteban, Marcos*

*Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.*

### Resumen

**Introducción:** La ruptura diafragmática es una complicación infrecuente del traumatismo abdominal (1-6%) ocurriendo en traumatismos toracoabdominales de alta energía por una elevación brusca de la presión intraabdominal (PIA). Suele asociar otras lesiones toracoabdominales, pero muchas veces pasa inadvertida y permanece silente o paucisintomática hasta que alcanza grandes dimensiones o surgen complicaciones. El objetivo es presentar aspectos relevantes en la presentación clínica y tratamiento quirúrgico de las hernias diafragmáticas traumáticas gigantes (HDTG), a propósito de un caso tratado recientemente en nuestro servicio,

**Caso clínico:** Varón de 53 años que 28 años antes había sufrido un accidente de tráfico con fractura pélvica. Refiere clínica inespecífica de dolor abdominal postprandial, disnea y dolor ocasional en hombro izquierdo. A raíz de un episodio agudo se le realiza TC abdominal urgente, diagnosticándose de gran hernia diafragmática izquierda, que incluye intestino delgado, la mayor parte de estómago (unión E-G normoposicionada) y colon transverso-descendente. Se completa el estudio con tránsito y enema baritados. Con el diagnóstico de HDTG con probable pérdida del derecho a domicilio, se propone para intervención quirúrgica previas pruebas funcionales (PFR) y fisioterapia respiratoria. Se realiza laparotomía media supra-infraumbilical con adhesiolisis y reducción del contenido herniario, encontrando un defecto diafragmático de 15 × 5 cm que incluye el hiato esofágico. Se sutura el defecto, reconstruyéndose el hiato, con puntos sueltos irreabsorbibles y una malla de doble cara 15 × 20 cm, fenestrada para paso del esófago. Se monitoriza la PIA para el cierre de la pared abdominal, siendo necesario realizar una plastia para conseguir un cierre sin tensión, mediante una técnica de separación de componentes (SAC) y doble malla. Paciente en REA donde inicialmente mantiene PIAs elevadas sin otros signos de síndrome compartimental. Su posterior evolución en sala de hospitalización es satisfactoria. Seguimiento en Consultas Externas a los 3 meses con mejoría respiratoria, discretas molestias abdominales y pirosis; TC y tránsito normales. Reincorporación laboral al 4º mes postoperatorio.

**Discusión:** La hernia diafragmática traumática crónica es una entidad rara que resulta de una ruptura del diafragma que pasó inicialmente desapercibida, ocurriendo con mayor frecuencia en el lado izquierdo. Las vísceras inicialmente taponan el defecto impidiendo la migración endotorácica del contenido abdominal. Con el transcurso del tiempo el gradiente de presión favorece que las vísceras vayan ascendiendo. Muchas veces se descubren varios años después del traumatismo

causal, cuando el gran volumen herniado ocasiona síntomas respiratorios o digestivos o se complica con incarceration o estrangulación. La TC es el gold standard del diagnóstico. Se aconseja la cirugía para mejorar la sintomatología y evitar las potenciales complicaciones. En hernias crónicas suele recomendarse el acceso torácico por la posible existencia de adherencias de las vísceras herniadas. El tratamiento estándar consiste en reducir el contenido herniado y suturar el defecto con material irreabsorbible, reforzando con malla en caso de grandes defectos. En hernias muy voluminosas con sospecha de pérdida de derecho a domicilio, la realización de una plastia de la pared abdominal permite aumentar el volumen de la cavidad para realojar el contenido visceral y posibilitar un cierre sin tensión.