



## V-013 - TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE HERNIA DE BOCHDALEK DERECHA

F. Mateo Vallejo, M.R. Domínguez Reinado, A. Padial Aguado, S. Melero Brenes, W. Sánchez Bautista, I. Rivero Hernández, J.C. Listan Álvarez y F.J. García Molina

Hospital de Jerez, Jerez de la Frontera.

### Resumen

**Introducción:** Las hernias diafragmáticas son defectos congénitos que afectan al desarrollo del musculo diafragma. Entre sus diferentes variedades la hernia de Bochdalek representan el 80% de las mismas, consistiendo en la falta de cierre del orificio posterolateral del diafragma. Fue descrita por primera vez por Bochdalek en 1848 y lo habitual es su diagnóstico en el niño, siendo mucho menos frecuente su diagnóstico en la persona adulta. Por lo general asienta en el lado izquierdo y a su través se hernia, en la cavidad torácica, un mayor o menor número de estructuras localizadas en el abdomen como bazo, colón, intestino delgado, etc. Su presentación en el lado derecho es anecdótica, encontrándose muy pocos casos descritos en la literatura.

**Caso clínico:** Paciente de 82 años de edad con antecedentes de bronquitis asmática, temblor esencial e intervenida quirúrgicamente hacía 32 años de colecistectomía a través de una laparotomía transrectal derecha. Obesidad grado II con IMC de 37m1. En los meses previos a la consulta había padecido varios cuadros de dolor en área de fosa renal derecha y fiebre catalogados de pielonefritis por lo que se le cursó una petición de tomografía. En las mismas se informa de herniación de pelvis renal derecha y unión pielocalicial a través de un defecto diafragmático. Con diagnóstico de hernia de Bochdalek derecha se decide la intervención por vía laparoscópica. Con la paciente en posición de decúbito lateral izquierdo similar a la utilizada en la suprarrenalectomía derecha se comienza por despegar las múltiples adherencias debida a la cirugía previa y se comienza por la disección del riñón despegándolo en bloque de sus adherencias posteriores para poder acceder a las inserciones costales posteriores y lumbares del diafragma. Se localiza con cierta facilidad la zona de la hernia y se procede a la sección de algunas adherencias que fijan grasa y área pielocalicial al borde del orificio herniario. Tras reducir el contenido decidimos cubrir el orificio herniario con una malla de polipropileno recubierto (Sepramesh® Bard) fijado con Protack®. La evolución postoperatoria fue favorable cursando sin complicaciones y alta a las 48 horas. Un TAC tres meses más tarde muestra la resolución completa del proceso con colocación normal del riñón y del sistema excretor, habiendo desaparecido la sintomatología de la paciente.