



P-568 - HERNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA COMPLICADA: A PROPÓSITO DE UN CASO DE HIPERPRESIÓN ABDOMINAL POR TRABAJO DE PARTO

J.A. Blanco Elena, I.R. Fernández Burgos, J.M. Aranda Narváez, M.C. Montiel Casado, A.J. González Sánchez, A. Titos García, L. Romacho López y J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Introducción: La hernia diafragmática traumática supone un problema clínico infrecuente. Los signos y síntomas derivados de esta entidad son variados e inespecíficos, así como los hallazgos radiológicos, siendo un desafío tanto para el cirujano como para el radiólogo. Se requiere un alto grado de sospecha clínica para el adecuado diagnóstico de una patología cuyo manejo requiere habitualmente una exploración quirúrgica urgente. La afectación traumática del diafragma se presenta en torno al 3% de los traumatismos toracoabdominales, con una mortalidad asociada global de hasta el 14%. En más el 90% de las ocasiones, las hernias diafragmáticas traumáticas por mecanismo cerrado son secundarias a accidentes de tráfico, con un claro predominio de la afectación del hemidiafragma izquierdo. Las relacionadas con aumentos bruscos de la presión intraabdominal son casos excepcionales puntualmente citados en la literatura. Presentamos un caso de una hernia diafragmática traumática derecha complicada en una paciente puerpera que requirió reparación quirúrgica urgente.

Caso clínico: Mujer de 38 años de edad, puerpera (día +33) tras parto instrumental con necesidad de maniobras de Kristeller, que presenta cuadro clínico de dolor abdominal difuso de 5 días de evolución asociado a vómitos e intolerancia alimentaria. A la exploración se identifica hipoventilación basal derecha y dolor abdominal severo aunque sin clara evidencia de irritación peritoneal. Analíticamente destacaban hallazgos de leucocitosis, elevación de PCR y LDH. Se realiza estudio radiológico mediante ECO y TC abdominal donde se objetivó defecto diafragmático derecho, a la derecha del ligamento falciforme (descartando que se tratase de una hernia congénita tipo Morgagni o Bochdalek) con herniación de un segmento de colon, asas de intestino delgado y cúpula hepática, con compromiso vascular de los mismos por rotación y tracción del meso adyacente. Ante estos hallazgos se decide laparotomía urgente, confirmando la necrosis isquémica de las asas de intestino herniadas. Se procede a reducción del contenido herniado previa ampliación del defecto diafragmático, resección de un segmento extenso de íleon terminal y polo cecal (con anastomosis primaria) y cierre del orificio herniario. La paciente evolucionó favorablemente una vez controlado el neumotórax residual.

Discusión: Si bien la mayoría de las lesiones diafragmáticas suelen presentarse de manera aguda, en algunos casos pueden manifestarse meses o años después del evento causal. Los pacientes con hernia diafragmática complicada pueden presentar disnea, cianosis, dolor torácico, inquietud o

síntomas gastrointestinales no específicos. La hernia diafragmática secundaria a hiperpresión abdominal durante el trabajo de parto es una entidad poco habitual, con escasos casos recogidos en la literatura. El abordaje abdominal por vía abierta es de elección en la forma de presentación aguda/subaguda, por las complicaciones asociadas que suele presentar. La técnica estándar es la reducción del contenido intestinal y la resección del mismo si se encuentra en fase de isquemia inviable, junto con la sutura directa del defecto diafragmático con material monofilamento reabsorbible o con empleo de plastias o material protésico si fuese necesario.