



P-603 - Ruptura diafragmática derecha traumática con posterior cuadro oclusivo debido a hernia intestinal intercostal. a propósito de un caso

C. Covelli Gómez, C. Álvarez, E. Palma, B.A. Ayala Candia, J. Bonnin, A. Bianchi, P. Jiménez Morillas y X. González Argente

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.

Resumen

Introducción: Las lesiones traumáticas del diafragma tras un impacto contundente se consideran una entidad de diagnóstico y manejo urgente en la mayoría de los casos, pero en ocasiones pueden pasar desapercibidas especialmente al tratarse del lado derecho. Esto se debe a lo inespecífico de sus síntomas, la falta de sospecha diagnóstica o a la incorrecta lectura de las radiografías iniciales, resultando en la subsecuente herniación progresiva de estructuras intrabdominales a la pared torácica.

Caso clínico: Acude a nuestro hospital un paciente varón de 79 años con antecedentes de HTA, EPOC moderado, herniorrafia inguinal y umbilical. Presenta cuadro de dolor intenso en hipocondrio derecho tras acceso de tos asociado a disnea, dolor abdominal tipo cólico y vómitos. Refiere caída desde su propia altura hace 3 semanas. Se realiza una batería de pruebas incluyendo análisis sanguíneos, radiografía toraco-abdominal y Tomografía computarizada concluyendo que se trata de una obstrucción intestinal dada por un brusco cambio de calibre en el íleon distal condicionado por una hernia intercostal entre el 7º y 8º arcos costales derechos. El paciente es llevado a quirófano donde se realiza una reducción manual del intestino herniado identificando un defecto de 5 × 6 cm en el diafragma posterior al lóbulo hepático derecho con protrusión de un arco costal fracturado a través del mismo y posteriormente se intenta un cierre primario del defecto el cual es incompleto debido a la pérdida de sustancia secundaria a la ruptura traumática de las fibras diafragmáticas y del peritoneo parietal condicionando un refuerzo mediante una malla celulosa oxidada regenerada (COR) y malla blanda Prolene (Procced) fija en 4 puntos y aplicada entre la superficie hepática y el defecto diafragmático. Tras la intervención el paciente es trasladado a la unidad de reanimación anestésica para control del postoperatorio inmediato; a las 48 horas se traslada a la planta. No presenta fiebre o nuevo dolor. Fue dado de alta con su función respiratoria previa al accidente conservada.

Discusión: Las manifestaciones clínicas de una hernia diafragmática traumática tardía pueden pasar desapercibidas y por ello ésta debe ser tomada en cuenta en los pacientes con trauma contundente, especialmente en ancianos. El uso de material protésico diseñado para el contacto con superficies viscerales es de crucial importancia en la reparación de estas lesiones debido a la irregularidad del defecto anatómico.