



## V-016 - CASO CLÍNICO: REPARACIÓN DE HERNIA TORACOABDOMINAL

*Esther María Martín Capón, Sandra Liliana Pardo Prieto, Cruz Andrea Lora Ibarra, Laura Maté Miguel, Ramón Vicente Verdú, Baltasar Liebert Álvarez, María Elena Corpa Rodríguez, María Victoria López Canelada y José Luis Gil Alonso*

*Hospital Universitario La Paz, Madrid.*

### Resumen

**Introducción:** Las hernias en la pared torácica son entidades poco frecuentes y existe escasa bibliografía respecto a su manejo quirúrgico. El objetivo de esta comunicación es presentar el caso de un paciente con una herniación de contenido toracoabdominal a través de un defecto de pared torácica postraumático, corregido con material biológico, ya que idealmente estas lesiones deberían ser resueltas, si es posible, sin colocar material protésico.

**Caso clínico:** Varón de 48 años obeso mórbido, quien en enero del 2021 sufre una caída sobre el costado izquierdo con fracturas del 7º al 10º arco costal. Al mes, se identifica falta de consolidación de las fracturas, junto a una masa en pared toracoabdominal ipsilateral con contenido de asas de yeyuno, bazo y colon izquierdo en el TC. Peso del paciente en aquel momento: 137 kg. A la inspección la masa se eventra a la tos y espiración, y se reduce espontáneamente a la inspiración profunda. A la palpación se aprecian callos de consolidación de la 7ª a 10ª costillas izquierdas con un defecto a nivel del 9º espacio intercostal, del cual depende la herniación. La auscultación y resto de la exploración es anodina, no dolor torácico ni disnea. Tras tres años, el paciente ha sido sometido a cirugía de *bypass* gástrico con complicaciones por dehiscencia de sutura, ya resuelta. Dada la persistencia herniaria y ausencia de consolidación de la fractura posterior del 10º arco y separación de la unión condral del cartílago conjunto del 9º y 10º arco costal izquierdo en la reconstrucción del TC actualizado, se decide cirugía. Peso preoperatorio: 89 kg. En quirófano se marca el defecto, se realiza toracotomía por el 9º espacio intercostal izquierdo, se observa diafragma íntegro y pleura parietal y diafragmática redundante, actuando como saco herniario. Se diseña tanto el 9º como 10º arco costal, que delimitan el defecto, para realizar dos *flaps* musculares superiores, que posteriormente se aproximen para cubrir el defecto como "malla biológica". Se realiza una plicatura del receso pleurodiafragmático redundante y un cerclaje de la pared con 7 puntos percostales en X, previa comprobación de la correcta aproximación de los bordes, y se cubre con los *flaps* musculares unidos por sutura continua. Se coloca drenaje endotorácico 20 Fr apicoposterior, se comprueba hemostasia y adecuada expansión pulmonar. Cierre por planos. Posoperatorio sin complicaciones. No ha recidivado tras tres meses, continúa perdiendo peso (actual: 84 kg), y realiza vida cotidiana con normalidad.

**Discusión:** La reparación de la hernia toracoabdominal es posible en muchos casos sin necesidad de material sintético. Si la aproximación de las costillas circundantes al defecto es posible con puntos

percostales, y existe tejido muscular suficiente que cubra el defecto, podría evitarse el uso de mallas o barras metálicas. Por este motivo recomendamos, que en aquellos casos en los que sea posible, se elabore un plan de reparación de estos defectos totalmente biológico.