



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.