



www.elsevier.es/cirugia

P-158 - GASTRECTOMÍA VERTICAL URGENTE POR HERNIA DIAFRAGMÁTICA NO TRAUMÁTICA

S. Linacero Martín, L. Vega, E. Celi, E. Colás, L. Martín, M.E. Marcello, P. Dujovne y J.M. Fernández Cebrián

Fundación Hospital Alcorcón, Madrid.

Resumen

Introducción: La obstrucción intestinal es un cuadro clínico frecuente, presente tanto en el postoperatorio de múltiples cirugías como en pacientes que acuden a urgencias. Normalmente en pacientes con cirugías previas el cuadro suele deberse a bridás o intenso síndrome adherencial. Por otra parte, la hernia diafragmática es una entidad relativamente rara, y suele asociarse a defectos congénitos o a traumatismo tóracoabdominales. Presentamos el caso de una paciente con hernia diafragmática de origen incierto que presentaba un cuadro de abdomen agudo por incarceración gástrica.

Caso clínico: Mujer de 61 años. Antecedentes personales de asma bronquial, púrpura trombocitopénica autoinmune y meralgia parestésica. Antecedentes quirúrgicos de esplenectomía laparoscópica en junio de 2013. Acude a servicio de urgencias por epigastralgie intensa de 12 horas de evolución, irradiada a hipocondrio izquierdo y cara lateral de hemitórax izquierdo. Asocia náuseas con vómitos. A la exploración física presenta molestias inespecíficas en hipocondrio izquierdo y parte inferior hemitórax izquierdo. Analítica de control en urgencias con intensa leucocitosis en ascenso con respecto a las previas. Se solicita TAC abdominal por antecedente reciente de esplenectomía, en busca de posibles colecciones intrabdominales. TAC compatible con hernia diafragmática izquierda con incarceración gástrico de fundus. Se decide cirugía urgente mediante abordaje abierto en el que se objetiva hernia diafragmática izquierda con defecto de 5 cm, condicionando incarceración de epiplón mayor y fundus gástrico, con isquemia no recuperable de ambos. Se confirma necrosis mucosa con gastroscopia intraoperatoria. Se realiza quelotomía para reducción de contenido herniario y gastoplastia vertical con resección curvadura mayor, así como colocación de tubo de tórax izquierdo. Durante el postoperatorio la paciente no presentó ninguna complicación y fue dada de alta el décimo día postoperatorio. Ha necesitado revisiones en consulta de endocrinología con pérdida de peso de 10 Kg y necesidad de cambio de hábitos alimenticios.

Discusión: Las hernias diafragmáticas son entidades relativamente infrecuentes. Pueden cursar de manera asintomática o causar episodios de abdomen agudo por incarceración de algún órgano, normalmente colon o intestino delgado. El origen de la hernia diafragmática del caso descrito no queda claro, pero podría ser secundario a la debilidad del hemidiafragma izquierdo tras la sección de los anclajes peritoneales del bazo en la esplenectomía. Este hallazgo junto con la incarceración gástrica de curvadura mayor (hallazgo también infrecuente), hacen del caso descrito una curiosa presentación de hernia diafragmática incarcerada y que se deba tener en cuenta la debilidad del hemidiafragma como una posible complicación tras esplenectomía.