Cir Esp. 2014;92(Espec Congr):530

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-157 - OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A HERNIA DIAFRAGMÁTICA INCARCERADA TRAS IVOR LEWIS

S. Gálvez-Pastor, M.A. García López, I. Navarro García, M.J. Carrillo López, F.J. Espinosa López, N. Torregrosa Pérez, M.D. Balsalobre Salmerón y J.L. Vázquez Rojas

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Resumen

Introducción: La obstrucción intestinal es una entidad muy frecuente en la patología quirúrgica de urgencias. La principal causa de obstrucción mecánica de colon suelen ser las neoplasias malignas; otras causas menos frecuentes son el vólvulo, la enfermedad diverticular, el fecaloma... siendo la hernia diafragmática postoperatoria una causa excepcional de obstrucción.

Caso clínico: Varón de 68 años, con antecedente de adenocarcinoma esofágico (ypT3N1M0) tratado con quimioterapia neoadyuvante y esofagectomía según técnica de Ivor Lewis mínimamente invasiva hace un año. Acudió a urgencias por dolor abdominal, vómitos y estreñimiento de 3 días de evolución. A la exploración presentaba disnea, sobre todo en decúbito supino, el abdomen era doloroso, sobre todo, a nivel de hemiabdomen derecho, con defensa generalizada y signos de irritación peritoneal. En analítica presentaba 74% de neutrófilos sin leucocitosis. En la radiografía de abdomen se apreció colon ascendente dilatado, sin aire a nivel de colon descendente ni recto. En la radiografía de tórax se apreciaron asas intestinales en hemitórax izquierdo. Se realizó TC toraco-abdominal hallando atelectasias pasivas posterobasales bilaterales, y ascenso del colon transverso a través del hiato diafragmático al receso costofrénico izquierdo, con distensión de colon derecho hasta ciego y colapso de colon izquierdo. Con diagnóstico de obstrucción intestinal, se intervino mediante laparotomía subcostal bilateral hallando colon ascendente muy dilatado, que se introducía en ojal diafragmático, adyacente a subida de gastroplastia y colon descendente colapsado. Se realizó apertura del hiato diafragmático y reducción del colon transverso, que se encontraba incarcerado. Se cerró el ojal diafragmático con puntos sueltos de seda, dejando paso de buen calibre, no siendo necesaria la colocación de prótesis.

Discusión: La hernia diafragmática después de una resección esofágica es una complicación rara, con una incidencia que varía de 0,4-6% tras esofaguectomía abierta, y de 2,7-4,5% tras esofaguectomía mínimamente invasiva. Una posible explicación de la baja incidencia de esta complicación, puede ser la escasa supervivencia que presentan los pacientes con adenocarcinoma esofágico. Se ha descrito una mayor incidencia tras esofaguectomías mínimamente invasivas, pudiendo ser debido a que producen menos adherencias postquirúrgicas, por lo que resulta más fácil el deslizamiento del contenido abdominal. Otra explicación alternativa puede ser que mediante cirugía mínimamente invasiva, la movilización del esófago es más dificultosa, realizando un hiato más grande, dejando un paso más amplio. La clínica que pueden presentar es muy variable, siendo la mayoría de las veces asintomática, pero pueden manifestarse con dificultad respiratoria, obstrucción intestinal, dolor abdominal o torácico, hemorragia digestiva baja, fiebre, leucocitosis, ictericia... El tratamiento es quirúrgico, mediante cierre del defecto, para lo cual, en ocasiones,

See front matter © 2014 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados

es necesario el uso de prótesis.

See front matter © 2014 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados