



## P-302 - SHOCK SÉPTICO CON EMPIEMA FECALOIDEO COMO PRESENTACIÓN TARDÍA DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA SECUNDARIA A TRAUMATISMO MENOR DE TÓRAX

I. Bachero Prades, X. Morales Sevillano, J. Ordóñez Trujillo, A. Martínez Peral, G. Benarroch y A. Lacy Fortuny

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

### Resumen

**Introducción:** Las hernias diafrágicas traumáticas representan sólo un pequeño porcentaje de todas las hernias diafrágicas. La lesión es causada sobre todo por un traumatismo cerrado o penetrante grave. A pesar de los avances actuales, el diagnóstico diferido de esta entidad no es infrecuente. Una anamnesis cuidadosa, el examen físico, y el conocimiento de la posibilidad son el requisito previo para el diagnóstico oportuno. El caso que presentamos es único debido a la ocurrencia de la hernia diafrágica con un trauma menor y su presentación diferida.

**Caso clínico:** La paciente, de 71 años de edad, consultó en su hospital de referencia por dolor en hemitórax izquierdo en contexto de politraumatismo por caída casual; fue diagnosticada de fracturas de V a VII arcos costales anteriores izquierdos y dada de alta con tratamiento analgésico. Una semana más tarde, y tras reconsultar por importante disnea e intensificación del dolor, es derivada a nuestro centro por de shock séptico con sospecha de hemoneumotórax izquierdo sobreinfectado. Posteriormente, debido a empeoramiento clínico de la paciente y aislamiento microbiológico de *E coli* y *E faecium* en cultivo de líquido pleural, se realizó TAC toracoabdominal que mostraba hemotórax izquierdo, lesión diafrágica ipsilateral con presencia de ángulo esplénico intratorácico y sospecha de perforación con salida de material fecaloideo a espacio pleural; proximalmente, el colon presentaba dilatación y engrosamiento parietal. Por todo ello, se decidió abordaje quirúrgico urgente mediante el cual se objetivó hernia diafrágica conteniendo ángulo esplénico del colon con perforación y pleuritis fecaloidea secundaria, colitis isquémica de colon transverso, trauma esplénico grado II con hemorragia activa discreta y colecistitis isquémica. Se procedió a reparación de defecto diafrágico, resección de colon transverso y ángulo esplénico con colostomía terminal, esplenectomía y colecistectomía. Intraoperatoriamente, la paciente persistió inestable hemodinámicamente, con acidosis metabólica progresiva. En las horas posteriores a la intervención, a pesar de tratamiento de soporte intensivo, presentó progresiva inestabilidad hemodinámica con requerimientos crecientes de vasopresores e inotropos, con eventual shock séptico refractario, fallo multiorgánico y exitus vitae.

**Discusión:** La aparición de hernia diafrágica tras un traumatismo toracoabdominal tiene una tasa de notificación de 0,8% a 5%; hasta un 30% de las hernias diafrágicas traumáticas se acompañan de retraso en el diagnóstico. El diagnóstico de hernia diafrágica tras un traumatismo cerrado es a veces difícil y el retraso puede llevar a complicaciones que amenazan la vida. Este caso y su fatal desenlace demuestran la importancia de considerar el diagnóstico de hernia diafrágica en todos los casos de traumatismo cerrado del tronco. Concluimos que el diagnóstico precoz es crucial para la morbilidad y mortalidad tras la aparición de hernia diafrágica traumática.