



P-062 - DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DIFERIDO DE UNA ROTURA DIAFRAGMÁTICA INADVERTIDA

I. Bengoechea Peña, S. Leturio Fernández, I. Díez del Val, C. Loureiro González, E. Etxebarria Beitia, P. Pérez de Villareal Amilburu, J.J. Méndez Martín y Á. Gómez Palacios

Hospital de Basurto-Osakidetza, Bilbao.

Resumen

Introducción: La incidencia global de las lesiones traumáticas diafragmáticas, según el National Trauma Data Bank (NTDB, registro más grande del mundo), se cifra en el 0,63%. Según el mecanismo traumático, pueden ser lesiones penetrantes (por proyectiles, arma blanca o empalamiento) o cerradas (por hipertensión intra-abdominal súbita, la mayoría de las veces secundaria a un accidente de tráfico), cuya frecuencia supone, respectivamente, el 65 y el 35% de los casos. Las lesiones en el lado izquierdo son 2-3 veces más frecuentes que en el derecho. Su importancia radica principalmente en las frecuentes lesiones asociadas y la consecuente repercusión clínica, objetivable en la valoración inicial de estos pacientes, que se enmarca en el algoritmo del paciente politraumatizado. En algunas ocasiones, como el caso que presentamos, el diagnóstico se establece años después del traumatismo.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 50 años, sin antecedentes de interés, que padece un accidente de tráfico en octubre de 2008, asociando fracturas cerradas diafisarias de fémur, tibial y peroneal en extremidad inferior derecha (EID), sin otra sintomatología o signos acompañantes. En octubre de 2010 aqueja dolor en hipocondrio y hemitórax derechos, acompañados de disfagia persistente, por lo que es valorado endoscópicamente, hasta que en noviembre de 2012 se completa el estudio con un tránsito intestinal y una TAC, que informan de la existencia de una solución de continuidad del hemidiafragma derecho, con herniación de colon, estómago y parte del hígado hacia tórax. El paciente es intervenido mediante abordaje laparoscópico, con presión abdominal de 10 mmHg, en el que se evidencia un defecto de más de 10 cm y el paso de estómago, colon y parte del lóbulo hepático derecho. Tras la cuidadosa reducción de las estructuras, se realiza cierre primario con puntos sueltos de material irreabsorbible y drenaje torácico. El postoperatorio transcurre sin incidencias, siendo dado de alta a los 4 días. Valorado en Consultas Externas a los 4 meses de la intervención, el paciente permanece asintomático y las pruebas de imagen son normales.

Discusión: Las lesiones diafragmáticas aisladas tienen mayor probabilidad de pasar desapercibidas y por tanto de crecer, volverse hernias sintomáticas o complicarse, hasta el punto de llegar a comprometer la vida del paciente en caso de estrangulación. Por lo tanto, su diagnóstico temprano es esencial para un tratamiento precoz, que en ocasiones puede verse demorado bien por la concomitancia con otras lesiones cuyo tratamiento es prioritario o bien por haber pasado desapercibidas clínica y radiológicamente, como ocurre en este caso. En las lesiones de diagnóstico tardío, el tratamiento quirúrgico puede llevarse a cabo por vía torácica o abdominal, abierta o mínimamente invasiva, en función de las pruebas de imagen, la experiencia del equipo quirúrgico y la existencia de intervenciones previas. Es raramente necesaria la colocación de una malla para corregir el defecto.