



Cirugía Española

**CIRUGÍA
ESPAÑOLA**

Revista Oficial de la Asociación Española de Cirujanos

Volumen 92, Especial Congreso, Noviembre 2014

30 Congreso Nacional de Cirugía

Madrid, 15-17 de noviembre de 2014



www.elsevier.es/cirugia

P-559 - CUADRO OBSTRUCTIVO SECUNDARIO A RUPTURA DIAFRAGMÁTICA

S. Ortega Ruiz, P. Moreno Marín, J.C. Navarro Duarte, Á. Reina Duarte y R. Rosado Cobián

Hospital Torrecárdenas, Almería.

Resumen

Las rupturas diafragmáticas suelen producirse en pacientes politraumatizados y consiste en una discontinuidad que comunica la cavidad torácica y abdominal. Su diagnóstico puede pasar desapercibido en la fase aguda debido a que presenta síntomas poco específicos. Se denomina de forma errónea hernia, puesto que no existe saco herniario, y debe distinguirse de la eventración, debida a una parálisis de la cúpula en la cual no existe comunicación alguna entre cavidad abdominal y torácica. Presentamos el caso de un paciente de 36 años que acude a urgencias por dolor abdominal en epigastrio y ambos hipocondrios de 2 días de evolución, acompañado de dificultad respiratoria y cuatro días de estreñimiento. En la radiografía de tórax se observa una imagen de contorno redondeado que asciende desde cúpula diafragmática izquierda y que no comprime víscera cardíaca. Se le realiza un TC con contraste toracoabdominal donde se objetiva una dehiscencia del diafragma a nivel del ángulo costofrénico izquierdo con desplazamiento del ángulo esplénico del colon hacia tórax. Se decide intervención quirúrgica, se realiza una incisión de Kocher izquierda, para sutura y cierre del defecto diafragmático. Un 0,2-4% de paciente politraumatizados por una contusión torácica y/o abdominal, que son hospitalizados, presentan una ruptura diafragmática. Son más frecuentes a nivel de la cúpula izquierda que derecha. Sus síntomas son inespecíficos, entre ellos disnea, inmovilidad de un hemidiafragma o ruidos hidroaéreos intratorácicos. Su diagnóstico se realiza mediante pruebas de imagen en las que se observa la presencia de elementos digestivos en el tórax. Siempre supone una indicación quirúrgica que no debe demorarse por el riesgo de volvulación del órgano ascendido. La vía de acceso varía según tiempo de evolución, situación clínica del paciente y experiencia del cirujano. Su mortalidad se debe a las lesiones asociadas y la morbilidad es sobre todo pulmonar.