



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-674 - OCLUSIÓN INTESTINAL POR HERNIA DIAFRAGMÁTICA EN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE GASTRECTOMÍA TOTAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Sánchez Segura, José; Aranda Narváez, José Manuel; Turiño Luque, Jesús Damián; González Cano, Javier; Mirón Fernández, Irene; Neuhaus Nevado, Mariana; Nicolas de Cabo, Sara; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Introducción: Las hernias posterolaterales (Bochdalek) son las hernias diafrágicas más prevalentes (> 80%). Menos frecuente es la rotura traumática del diafragma (3-5% de los traumas por accidente de tráfico). Una etiología aún más rara es la lesión yatrógena del diafragma por el uso durante la cirugía esófago-gástrica de dispositivos de energía eléctrica y de ultrasonidos. El debut de esta hernia diafrágica años después de la intervención en forma de una oclusión de colon transversal es muy poco común, pero debe tenerse presente dada la potencial gravedad del cuadro.

Caso clínico: Varón de 69 años intervenido 5 años antes de gastrectomía total abierta por adenocarcinoma gástrico. Acude a Urgencias por epigastria de 7 días de evolución con ausencia de tránsito a gas y heces. A la exploración, abdomen distendido y timpánico, doloroso a palpación pero sin signos de irritación peritoneal. Se realiza una tomografía computarizada (TC) que muestra dilatación generalizada de intestino delgado y marco cólico con cambio de calibre en ángulo esplénico. Se describe una hernia diafrágica izquierda como probable causa del cuadro. Se decide realizar una laparotomía urgente, observando una herniación de la pared del colon transversal a través de un defecto diafrágico parahiatal izquierdo de 2-3 cm de diámetro. Tras reducir el contenido herniario y dadas las lesiones diastásicas que presenta el colon derecho y transversal, se realiza una colectomía subtotal con anastomosis ileocólica. La reparación del defecto se realiza a puntos simples con sutura trenzada reabsorbible. Postoperatorio sin incidencias, con inicio de tolerancia oral en el tercer día postoperatorio y alta al octavo día.

Discusión: La hernia diafrágica puede cursar con clínica de infección respiratoria recurrente, dolor abdominal e incluso obstrucción intestinal en caso de incarceration. Esta última puede conducir a un cuadro grave en caso de estrangulamiento del contenido herniario, pudiendo llegar a ocasionar la muerte del paciente. Es por eso que esta patología debe ser descartada en pacientes con antecedentes de cirugía esófago-gástrica, incluso si esta se produjo años atrás. Para ello basta con realizar una radiografía simple de tórax, pudiendo afinar posteriormente el diagnóstico con otras pruebas de imagen como la TC. La reparación del defecto herniario puede realizarse por vía laparoscópica como primera opción si el paciente está hemodinámicamente estable. Sin embargo, en aquellos pacientes en que exista alta sospecha de lesión intestinal con necesidad de resección, la vía laparotómica puede ser de elección.