



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-142 - HERNIA DIAFRAGMÁTICA NO TRAUMÁTICA DE APARICIÓN ESPONTÁNEA

Ruiz Frías, María Piedad; Molina Barea, Rocío; Cózar Ibáñez, Antonio

Complejo Hospitalario Universitario de Jaén, Jaén.

### Resumen

**Introducción:** Las hernias diafrágicas se definen como el paso del contenido abdominal al la cavidad torácica a través de un defecto en el diafragma. Se clasifican en congénitas (anteriores o de Morgagni y posterolaterales o de Bochdalek) y adquiridas (secundarias a traumatismos o cirugía). Presentamos un caso clínico de hernia diafrágica izquierda *de novo*, en ausencia de antecedentes traumático, de presentación aguda con la triada de Borchardt: dolor epigástrico intenso, náuseas e incapacidad para pasar una sonda nasogástrica.

**Caso clínico:** Varón de 19 años que acude a Urgencias por epigastralgia, náuseas y vómitos de horas de evolución, tras levantarse después de dormir. En la exploración física se encuentra afebril, hemodinámicamente estable, con abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio sin defensa ni signos de irritación peritoneal. En la analítica destaca leucocitosis 26.190  $\times 10^9/L$  con 78,40% de PMN. En la TC se objetiva herniación diafrágica izquierda con paso de cámara gástrica a cavidad torácica no pudiendo descartar volvulación asociada. Tras estos hallazgos se re-interroga al paciente descartando traumatismo previo y caso similar, se decide revisión de las pruebas de imágenes anteriores de este proceso descartándose hernia diafrágica congénita. Se realiza endoscopia por parte de Digestivo con mucosa gástrica de aspecto atrófico ligeramente fruncida para pasar a antro, donde se buclea de forma repetida. No se puede colocar sonda nasogástrica descompresiva y se decide intervención quirúrgica de carácter urgente. Se realiza laparotomía subcostal izquierda ampliada evidenciando hernia diafrágica izquierda de 10 cm de diámetro; de localización posterior que contiene toda la cavidad gástrica, bazo, ángulo esplénico de colon y asas de intestino delgado. Se reduce el contenido herniario a la cavidad y se cierra el defecto mediante puntos entrecortados de Ethibond® y se coloca refuerzo mediante prótesis dual tipo Ventralight® que se fija con puntos sueltos de vicryl® 2/0. Durante el posoperatorio, el paciente requiere colocación de drenaje torácico mejorando paulatinamente hasta proceder al alta hospitalaria al quinto día.

**Discusión:** La hernia diafrágica es una patología infrecuente en el adulto pero grave por su alta mortalidad. La clínica suele ser inespecífica, por ello las pruebas de imagen son clave en el diagnóstico precoz y tratamiento adecuado para prevenir complicaciones que puedan poner en riesgo la vida del paciente. Puede ser difícil establecer la etiología de la hernia diafrágica de nuestro caso, aunque un defecto posterolateral con la presencia de saco herniario y sin antecedentes de traumatismo apoya el origen congénito (Bochdalek). Permanece asintomática hasta que se produce la herniación visceral secundaria al incremento de la presión sobre el diafragma. El abordaje por laparotomía es una intervención apropiada porque un alto porcentaje se acompañan de lesiones en órganos abdominales. En la reparación se utiliza sutura 0 no absorbible y cuando el defecto anatómico es grande se usa material protésico. Según las revisiones

sistemáticas y metaanálisis más recientes argumentan a favor del uso de mallas: menos recurrencias a corto plazo, sin un mayor riesgo de complicaciones. En conclusión, la hernia diafragmática de presentación aguda requiere intervención quirúrgica urgente.