



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-007 - HERNIA DIAFRAGMÁTICA IZQUIERDA IATROGÉNICA TRAS *BYPASS* GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO

González Soares, Sara María; Escanciano Escanciano, Manuel; Meliga, Cecilia; Martín Sánchez, Mario; Hernández Villafranca, Sergio; Posada González, María; Salcedo Cabañas, Gabriel; Vorwald Wolfgang, Peter

Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Resumen

Objetivos: Las hernias diafragmáticas se clasifican en congénitas y adquiridas por traumatismos. Las hernias diafragmáticas traumáticas pueden ser indirectas secundarias a traumatismos cerrados, o directas por traumatismos penetrantes. Dentro de las traumáticas se incluyen las iatrogénicas tras cirugías, aunque son muy poco frecuentes. Las hernias diafragmáticas complicadas suponen una urgencia quirúrgica, y el retraso en su diagnóstico puede amenazar la vida de los pacientes por estrangulación de vísceras o insuficiencia cardiovascular o respiratoria, lo que hace fundamental su diagnóstico y tratamiento precoz.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 47 años con el antecedente de *bypass* gástrico laparoscópico en 2014 por obesidad patológica, sin complicaciones durante el seguimiento. Su peso preoperatorio era de 130 kg, el mínimo alcanzado fue de 84 kg a los 18 meses tras la cirugía. Ingresa en 2022 por intolerancia oral, con un peso de 98 kg. Se realiza gastroscopia y TAC toracoabdominal. Mediante gastroscopia, se comprueba la anastomosis gastroyeyunal con buen paso del endoscopio, pero el acceso al asa alimentaria se ve dificultado por un acodamiento. A su vez, en el TAC se describe una hernia diafragmática izquierda conteniendo el asa alimentaria, provocando edema de este asa y dilatación retrógrada del reservorio gástrico y el esófago. Tras los hallazgos, se decide intervención quirúrgica. Se realiza cirugía mediante abordaje laparoscópico, identificándose una hernia diafragmática izquierda de unos 4 cm de diámetro que contiene el asa alimentaria, y a su vez una hernia paraesofágica conteniendo el reservorio gástrico, con una distancia entre los pilares de aproximadamente 4 cm. No se identifican datos de sufrimiento de asas durante la inspección. Se procede a la liberación del pilar derecho, accediendo al mediastino y liberando el reservorio gástrico, que se completa tras la liberación de adherencias al pilar izquierdo. A continuación, se aborda la hernia diafragmática, se accede al hemitórax izquierdo y se reduce el saco herniario conteniendo el asa alimentaria, tras lo cual se reseca dicho saco. Se cierran los pilares con dos puntos simples no absorbibles. El defecto diafragmático se repara con 5 puntos simples no absorbibles, y se cubre con una malla GoreTex de 6 × 3 cm, fijada con puntos simples no absorbibles. Finalmente se coloca un drenaje aspirativo tipo Jackson-Pratt en mediastino. La paciente evoluciona favorablemente en el posoperatorio, reiniciando tolerancia oral con líquidos al segundo día, con alta al cuarto día con reintroducción progresiva de la dieta. En el seguimiento no se ha identificado recidiva herniaria y continúa asintomática.

Discusión: Las hernias diafragmáticas traumáticas adquiridas iatrogénicas tras cirugías son excepcionales. En el caso de nuestra paciente el único antecedente que presentaba era la cirugía de *bypass* gástrico, por lo que barajamos que la causa más probable del defecto diafragmático es la disección realizada para liberar el ángulo de His, que, asociado a los cambios de presión intraabdominal con la pérdida y reganancia de peso,

puede ser la causa de la hernia diafragmática. Las complicaciones derivadas de este tipo de hernias pueden ser potencialmente mortales, lo que hace fundamental un diagnóstico adecuado y un tratamiento quirúrgico precoz.