



P-566 - HERNIA DIAFRAGMÁTICA E HIDRONEUMOTÓRAX: UNA URGENCIA VITAL

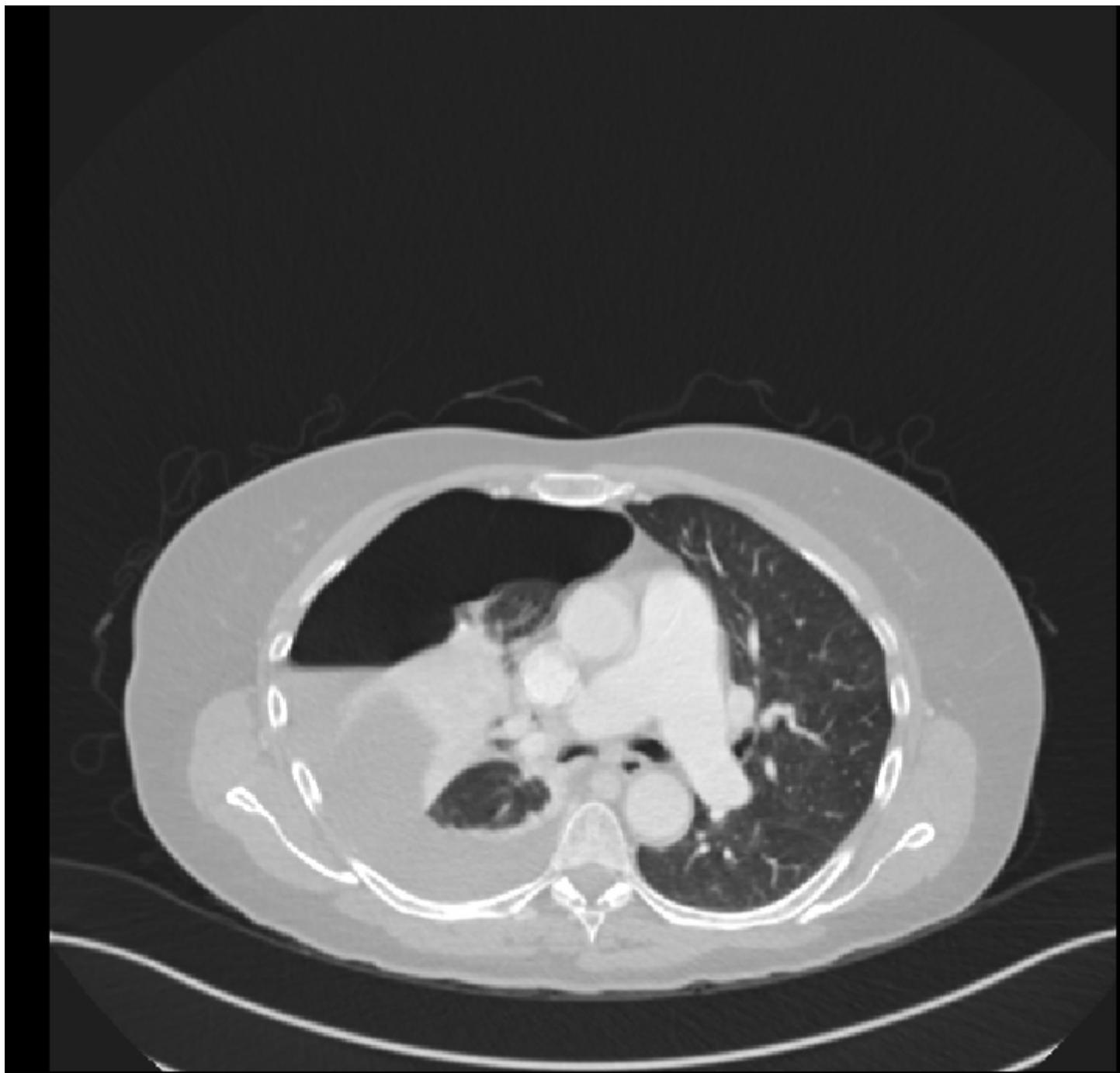
Domínguez Arroyo, Idoia; Sánchez Manuel, Javier; Cabriada García, Guillermo; Casaval Cornejo, Luis; González Prado, Cristina; Jorge Tejedor, David; Ferrando, Luciano; Polanco Pérez, Lucía

Hospital Universitario de Burgos, Burgos.

Resumen

Introducción: Se presenta el caso clínico de una hernia diafragmática derecha incarcerada complicada con hidroneumotórax secundario a perforación de asa de intestino delgado, para conocer las complicaciones clínicas derivadas de la misma y su manejo quirúrgico urgente, dado que se trata de una patología poco frecuente.

Caso clínico: Mujer de 61 años, sin antecedentes de interés, que acude a Urgencias por abdominalgia difusa y distensión, acompañado de vómitos y ausencia de deposición y ventoseo en los últimos 4 días. No otra clínica acompañante. A la exploración presenta distensión y timpanismo, y dolor a la palpación profunda, sobre todo en hemiabdomen derecho. En la radiografía de abdomen urgente se observa dilatación de asas de intestino delgado y presencia de las mismas a nivel de hemitórax derecho. Se solicita TAC abdominal urgente, en el que se describe defecto diafragmático derecho con un orificio herniario de 2 cm, que provoca una hernia diafragmática intratorácica que contiene asas de delgado dilatadas, líquido y burbujas de aire y extraluminales en relación con neumoperitoneo e hidroneumotórax, hallazgos sugestivos de perforación de víscera hueca. La paciente presenta además episodio de desaturación brusca, que es remontado con necesidad de oxigenoterapia. Se decide por tanto intervención quirúrgica urgente. Se realiza una laparotomía media, objetivando dilatación de asas de intestino delgado e íleon distal, localizándose el ciego a nivel prehepático. La dilatación está producida por una hernia diafragmática inmediatamente a la derecha del ligamento redondo-falciforme y a varios centímetros de la pared costal, careciendo de saco herniario. Se reducen las asas a la cavidad abdominal observando un anillo de constricción en el que hay una perforación de 5-6 mm estrangulación con perforación, en el mismo anillo, de aproximadamente 5-6 mm. Se resecan unos 20 cm de íleon distal incluyendo la zona isquémica y perforada, y se anastomosa L-L con GIA. Se aspira el contenido de la cavidad torácica derecha (entérico). El defecto diafragmático, de unos 7-8 cm, se sutura con puntos sueltos de Ethibond 0. Se coloca drenaje torácico derecho 24 F. La paciente evoluciona adecuadamente sin incidencias, progresando dieta y comprobando buen tránsito intestinal. Se retira tubo de tórax tras comprobar reexpansión completa del pulmón derecho. Tras el alta, se realiza nuevo TAC toraco-abdominal, comprobando ausencia de hernia diafragmática y estabilidad de la paciente.



Discusión: En las lesiones del hemidiafragma derecho, las guías abogan por un manejo conservador en pacientes hemodinámicamente estables y sin signos de peritonitis. En los casos en los que haya una herniación de órganos abdominales (como el caso expuesto), estos deben reducirse cuidadosamente a la cavidad abdominal. Cuando las hernias son crónicas siempre existe un saco herniario con adherencias. Se debe revisar y lavar abundantemente la cavidad torácica. Para el cierre del defecto que recomienda agarrar los bordes con *clamps* de Allis, que permitan la retracción caudal del diafragma. Se recomienda el cierre primario con suturas irreabsorbibles o monofilamento de lenta reabsorción, de 0 o 1, de manera continua o con puntos sueltos.