



www.elsevier.es/cirugia

P-227 - ROTURA DIAFRAGMÁTICA ESPONTÁNEA: DESAFÍO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO DE UN CASO EXCEPCIONAL

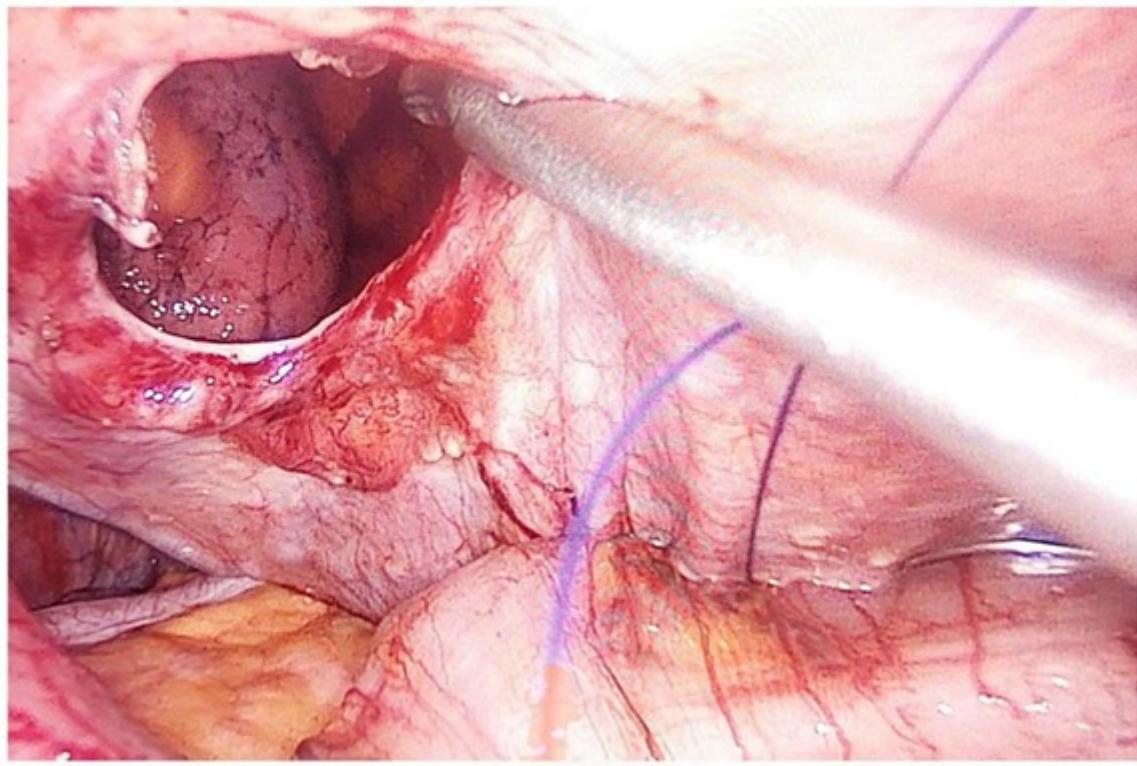
Benaiges Calvet, Cinta; Garay Solà, Meritxell; Roura Onaindia, Jordi; Mocanu, Sorin Nicky

Capio Hospital General de Catalunya, Sant Cugat del Vallés.

Resumen

Introducción: La rotura diafragmática es una patología infrecuente cuya etiología es habitualmente traumática. La rotura diafragmática espontánea (RDE) es inusual. A continuación, se presenta un caso de RDE con obstrucción intestinal secundaria.

Caso clínico: Mujer de 78 años atendida en urgencias por epigastralgia y vómitos de horas de evolución. Como antecedentes recientes (6 meses) destacaban carcinoma gástrico localmente avanzado y carcinoma mamario sincrónico. Para el primero recibió quimioterapia seguido de una gastrectomía total laparoscópica con reconstrucción en Y de Roux. Posoperatorio complicado con dehiscencia de sutura esofagoyeyunal y distrés respiratorio precisando intubación y ventilación mecánica, drenaje pleural y endoprótesis. Por sarcopenia y las múltiples complicaciones posoperatorias se desestimó quimioterapia posoperatoria. Fue intervenida de una tumorectomía mamaria con biopsia de ganglio centinela, sin complicaciones, el mes previo a este episodio. En la exploración presentaba dolor epigástrico sin distensión abdominal ni signos de peritonismo. Analíticamente destacaba neutrofilia sin otras alteraciones. La radiografía abdominal mostraba una neumatización de asas en hipocondrio izquierdo. Fue ingresada para manejo sintomático, orientándose como síndrome emético inespecífico. Ante persistencia de vómitos, se practicó un TC que informó de una obstrucción intestinal a nivel del asa alimentaria con distensión retrógrada esofagoyeyunal y elevación secundaria del hemidiafragma izquierdo. Se intervino por laparoscopia hallándose una rotura diafragmática izquierda con migración intratorácica del asa alimentaria. Se practicó una quelotomía con reducción del asa estrangulada que mostraba signos de isquemia reversible. El defecto frénico (4×2 cm) se cerró con sutura continua irreabsorbible reforzada con una malla fijada con puntos y adhesivo tisular. La anamnesis posoperatoria no reveló ningún evento traumático reciente u otras causas que explicaran la rotura diafragmática. Se revisaron imágenes del TC abdominal efectuado dos semanas antes del ingreso observándose un diafragma izquierdo íntegro.



Discusión: Las roturas diafragmáticas son habitualmente provocadas por traumatismos toraco-abdominales cerrados o abiertos, mayormente de localización izquierda y siendo espontáneas menos del 1% de estas. La RDE suele ocurrir tras un aumento brusco de presión intraabdominal causado por tos, esfuerzo físico, parto o vómitos. La presentación habitual es con dolor abdominal y/o torácico, disnea, náuseas y vómitos en caso de obstrucción digestiva. Habitualmente se diagnostica con radiografía (sensibilidad < 60%) y TC toraco-abdominal (sensibilidad 82%, especificidad 87%). Los hallazgos radiológicos revelan presencia de órganos abdominales en el tórax, discontinuidad diafragmática, el diafragma “colgante” (margen del diafragma roto hacia el abdomen) o signo del “collarín” (constricción del órgano herniado a nivel del defecto). El tratamiento quirúrgico puede ser vía abdominal o torácica, mediante cierre primario asociando malla cuando el cierre no sea factible y/o para disminuir riesgo de recurrencia. La particularidad del caso presentado viene dada por el contexto oncológico y las complicaciones posoperatorias. Aun no pudiendo descartar una lesión

iatrogénica diafragmática durante la cirugía gástrica, los meses transcurridos y ausencia de defectos diafragmáticos en TCs de control hacen poco probable esta hipótesis. La sarcopenia es un hallazgo frecuente en pacientes con neoplasias esofagogástricas y factor pronóstico desfavorable para supervivencia global y libre de enfermedad. Es posible que en el caso presentado la debilidad diafragmática secundaria a sarcopenia favoreciera la RDE.