



V-037 - ABORDAJE MÍNIMAMENTE INVASIVO URGENTE EN HERNIAS DIAFRAGMÁTICAS COMPLICADAS

Lago Martínez, Fátima Yasmina; Castiñeira Piñeiro, Andrea; Lesquereux Martínez, Lucía; García Carrero, Marta; Roqué, Raúl Mariano; Parada González, Purificación

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.

Resumen

Introducción: Las hernias diafragmáticas complicadas representan un desafío diagnóstico y terapéutico en urgencias. La mayoría de las hernias diafragmáticas congénitas, como las hernias de Bochdalek o Morgagni, se diagnostican y tratan en la infancia, siendo infrecuentes en adultos (5%). En edades tardías suelen ser asintomáticas y un hallazgo incidental en pruebas de imagen solicitadas por otras causas, siendo muy infrecuente su debut con cuadros de obstrucción intestinal. Las hernias hiatales adquiridas, especialmente los tipos III-IV y las traumáticas pueden presentar complicaciones, aunque el riesgo absoluto de incarceración es bajo. La hernia transhiatal tras esofagectomía es una complicación cuya incidencia ha aumentado en los últimos años debido a la implementación del abordaje mínimamente invasivo. Presentamos dos casos de hernia diafragmática incarcerada de distinta localización y etiología tratados con éxito mediante laparoscopia urgente.

Casos clínicos: Caso 1: varón de 82 años con antecedentes de FA anticoagulada con apixabán y tromboembolectomía por obliteración femoropoplítea que acude a urgencias por clínica de 48 horas de dolor abdominal difuso, vómitos y ausencia de tránsito intestinal. A la exploración destaca gran distensión abdominal con dolor y defensa en hipocondrio izquierdo. El TC toracoabdominal revela una hernia diafragmática lateral izquierda estrangulada, con epiplón y colon transverso en su interior. Ante los hallazgos se decide laparoscopia exploradora urgente realizando reducción de contenido herniario (siendo necesaria la resección del epiplón por extensas áreas de necrosis, no así del colon que a pesar de presentarse inicialmente datos de hipoperfusión estos se revierten una vez reducido hacia la cavidad abdominal) y herniorrafia mediante puntos separados de sutura no reabsorbible de 2/0s. Caso 2: varón de 62 años de edad con antecedentes de esofagectomía tipo Ivor Lewis laparoscópica por neoplasia de esófago hace 6 meses que acude a urgencias por clínica de 12 horas de dolor abdominal epigástrico intenso acompañado de náuseas. El TC toracoabdominal revela una hernia transhiatal incarcerada, con colon transverso, asas de intestino delgado con hiporrealce mural y cuatro puntos de cambio de calibre. Se decide laparoscopia exploradora urgente realizando reducción del contenido herniario (el cual no muestra signos de isquemia) e hiatoplastia con malla de doble superficie de PTFE (GORE® DUALMESH®).

Discusión: Las hernias diafragmáticas incarceradas representan una urgencia quirúrgica infrecuente, especialmente cuando se trata de hernias diafragmáticas laterales. Aunque su incidencia es baja, el riesgo de isquemia de su contenido es elevado, lo que justifica una actitud

terapéutica urgente. En este trabajo presentamos dos casos con localizaciones y orígenes claramente diferenciados: una hernia diafragmática lateral, probablemente congénita no diagnosticada hasta la edad adulta, y una hernia transhiatal posesofaguestomía. Ambos casos demuestran que, en centros con experiencia el abordaje mínimamente invasivo (laparoscópico o robótico) es factible y seguro; ya que permite una buena exposición del defecto, una evaluación completa de la viabilidad de las vísceras herniadas y una adecuada reparación del orificio herniario. La elección del enfoque quirúrgico debe basarse en la estabilidad clínica del paciente, el tipo y el tamaño del defecto herniario, el contenido intratorácico, los recursos disponibles y la experiencia del cirujano.