



V-029 - ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE LA HERNIA DIAFRAGMÁTICA GIGANTE DERECHA TRAUMÁTICA SUBAGUDA CON HERNIACIÓN HEPÁTICA

Fernández Holgado, Cristina; Perea del Pozo, Eduardo; Bonilla Cázar, Miguel Ángel; Congregado González, María Mercedes; Martínez Casas, Isidro; Soler Frías, Joan; Pareja Ciuró, Felipe; Padillo Ruiz, Francisco Javier

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción: Las hernias diafragmáticas traumáticas resultan complejas de identificar, especialmente en el hemidiafragma derecho. El diagnóstico suele realizarse mediante tomografía computarizada (TC) ante un evento traumático y/o clínica respiratoria, y su detección precoz se asocia a un mejor pronóstico. El tratamiento de elección es la reparación quirúrgica temprana para evitar el desarrollo de complicaciones respiratorias o abdominales. El abordaje mínimamente invasivo, ya sea por VATS (Video-Assisted Thoracic Surgery) o laparoscopia, es el de elección, siempre que sea realizada por un cirujano con experiencia.

Caso clínico: Varón de 22 años que sufre un politraumatismo cerrado secundario a accidente de tráfico, como copiloto de coche. Es atendido por el 061, quien lo traslada a Urgencias, donde, tras verificar la estabilidad hemodinámica y un E-FAST negativo, se realiza un *body* TC, donde se visualizan fracturas costales bilaterales, esternal, clavicular izquierda y pélvicas, así como hemoneumotórax derecho y mínimo neumotórax izquierdo, y laceración renal derecha grado III y esplénicas de grado II según la clasificación AAST (American Association for the Surgery of Trauma). Ingresa en UCI, donde se coloca drenaje torácico derecho. Al tercer día de ingreso, se realiza radiografía de tórax donde se visualiza opacidad del hemitórax inferior derecho. Se revisan las imágenes tomográficas, detectándose una rotura del hemidiafragma derecho con un defecto de 9,6 × 12,4 cm asociado a herniación de la porción superior del lóbulo hepático derecho hacia la cavidad torácica, que posteriormente es confirmada en un TC de control. Dada la ausencia de compromiso respiratorio, se difiere intervención para optimización del paciente, estableciéndose el plan quirúrgico mediante abordaje abdominal por vía laparoscópica. En la intervención se lleva a cabo la abdominalización hepática, la reparación del defecto diafragmático por medio de cierre directo con sutura barbada 2/0 tipo V-Lock® no reabsorbible y el refuerzo de dicho cierre a través de la colocación de una malla biológica Synecorn® fijada con tackers reabsorbibles y pegamento tisular tipo Tissucol®. Previo al cierre, se colocó un drenaje torácico de 24Fr y, posteriormente, un drenaje abdominal 19Fr alojado en el espacio suprahepático. El posoperatorio cursó sin incidencias salvo la persistencia de neumotórax ipsilateral asintomático, resuelto a expensas del drenaje torácico y de fisioterapia respiratoria, siendo retirado al 8.º día de posoperatorio. El paciente fue dado de alta hospitalario el 11.º día posoperatorio. A los 6 meses de seguimiento, se realiza un TC torácico-abdominal que verifica la integridad diafragmática.

Discusión: Las hernias diafragmáticas derechas traumáticas en fase subaguda pueden abordarse de forma segura mediante abordaje mínimamente invasivo siempre que sea realizada por un cirujano con experiencia, siendo esta la tendencia actual dada las ventajas conocidas de la laparoscopia. La disyuntiva reside en el abordaje laparoscópico versus VATS, inclinándose hacia la vía abdominal en casos agudos y subagudos, y hacia la torácica en el diagnóstico tardío debido a la formación de adherencias y a la progresiva migración del contenido abdominal secundario a la presión intratorácica negativa y difícil reducción. Ante la discordancia bibliográfica, resulta imperativo la individualización del caso clínico y el manejo multidisciplinar.