



P-167 - OBSTRUCCIÓN INTESTINAL COMO DEBUT DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA

de Vicente Bernal, Irene; Arranz Jiménez, Raquel; Payno Morant, Elena; Cuadrado Ayuso, Marta; Gil Yonte, Pablo; Blázquez Hernando, Luis Alberto; Fernández Cebrián, José María; Galindo Álvarez, Julio

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Introducción: La hernia diafragmática de origen traumático es una patología poco frecuente que se presenta en el 0,8-1,6% de los traumatismos toracoabdominales. El mecanismo de la hernia no está bien definido y se establece como principal causa el trauma cerrado pasando desapercibida durante el manejo inicial del paciente. El diagnóstico de sospecha se establece con la radiografía de tórax, necesitando la tomografía computarizada (TC) para definir el defecto del diafragma, ubicación y tamaño, así como los órganos implicados. Esta prueba puede determinar el grado de complicación aguda de la hernia (incarceración, perforación, vólvulo...). El tratamiento es quirúrgico con reducción del contenido a la cavidad abdominal y reparación del defecto herniario.

Caso clínico: Varón de 55 años con antecedente de accidente de tráfico hace 30 años que acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal en flanco irradiado a hemitórax izquierdo de horas de evolución. Asocia ausencia de tránsito para gases y heces sin náuseas ni vómitos. No refiere clínica respiratoria. La TC toracoabdominopélvica urgente muestra en hemidiafragma izquierdo una amplia solución de continuidad posterior de 47,7 mm conteniendo asas yeyunales, raíz mesentérica y colon transverso, asociado a ingurgitación vascular y condicionando atelectasia pulmonar. Ingresa por cuadros de obstrucción intestinal repetidos sin signos de alarma para optimización quirúrgica y vigilancia, con ausencia de mejoría clínica. Se inicia la cirugía por abordaje laparoscópico con conversión a laparotomía por el volumen de intestino reducido, que presenta signos de sufrimiento incipiente. A nivel del anillo herniario perforación puntiforme de asa de yeyuno distal realizándose sutura primaria. El defecto diafragmático se repara con puntos sueltos de sutura multifilamento reabsorbible sin prótesis. Inicia tolerancia oral al 4º día. Requiere tubo de tórax en el posoperatorio para drenaje de derrame pleural izquierdo y modificación de antibioterapia por cultivos previos resistentes a antibioterapia empírica. Evolución posterior sin incidencias.

Discusión: La hernia diafragmática traumática constituye un reto diagnóstico-terapéutico que requiere una sospecha diagnóstica alta y una Unidad de Cirugía Esofagogastrica. Independientemente del tiempo de evolución o de la clínica acompañante, la cirugía constituye el único tratamiento, existiendo controversia tanto en la técnica como en la vía de abordaje de reparación del defecto herniario (abordaje torácico o abdominal). Consideramos que ante la sospecha de complicación abdominal aguda el abordaje abdominal es recomendable. En las hernias crónicas el abordaje torácico es el más empleado. La elección del abordaje se debe individualizar en función del órgano lesionado y la experiencia del equipo quirúrgico.