



## V-241 - HERNIA DIAFRAGMÁTICA DERECHA EN EL ADULTO: CASO CLÍNICO

Cruz Romero, Pilar; García Aparicio, Mónica; Ortega Ortega, Elena; Carballo López, María del Carmen; Broekhuizen Benítez, Javier; Cano Pecharromán, Esther María; Esmaili Ramos, Mahur; Balsa Marín, Tomás

Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina.

### Resumen

**Introducción:** Las hernias diafragmáticas congénitas se describen como un trastorno de la embriogénesis, resultante de la fusión incompleta de los elementos estructurales del diafragma, tienen una incidencia de uno por cada 3.000 nacidos vivos y generalmente son diagnosticadas en el control prenatal durante el embarazo. Los tipos más comunes descritos en la literatura son tres: las hernias con defecto posterolateral (Bochdaleck) que representan 90% de los casos, las hernias con defecto anterolateral (Morgagni) con una tasa de presentación de 9% y por último la pérdida de la continuidad del diafragma en otras localizaciones que representan 1% del total de casos. Su presentación en la edad adulta es infrecuente, diagnosticándose de forma casual durante la realización de una prueba de imagen u otro motivo; o si el saco herniario es de gran tamaño puede provocar síntomas respiratorios o gastrointestinales.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de una paciente mujer de 35 años que, durante ingreso por pancreatitis aguda leve, se evidencia como hallazgo incidental en radiografía de tórax y se complementa con TAC tórax-abdomen: hernia diafragmática derecha que permite el paso de asas intestinales, grasa intraabdominal y parte del lóbulo hepático derecho y vesícula biliar hacia la cavidad torácica, condicionando reducción del volumen pulmonar generando atelectasia pasiva en el lóbulo inferior.

**Discusión:** Se decide realización de cirugía abierta debido al gran tamaño del saco herniario, realizándose laparotomía subcostal derecha evidenciando saco herniario que incluía asas de delgado, colon transverso y lóbulo hepático derecho. Se realiza liberación de adherencias y posterior extirpación del contenido del mismo hacia cavidad abdominal. Se realiza además colecistectomía reglada por episodio de pancreatitis previo. Para cierre del defecto se realiza plicatura del mismo y sutura continua con polidioxanona 2/0 y posteriormente se coloca malla tipo Ventralight 15 × 20 cm adaptada cubriendo defecto y fijada en parte superior pared costal. La frecuencia de esta patología no permite que se establezca un algoritmo de manejo claro, sin embargo, se cree conveniente que los pacientes sean sometidos a intervención quirúrgica dado las potenciales complicaciones que pueden presentar a futuro. El uso de malla puede evitar la recidiva de este tipo de hernias y su uso está recomendado actualmente.