



VC-024 - ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE LA HERNIA DE BOCHDALEK

Rejón López, Rafael; Alonso Sebastián, María José; Mogollón González, Mónica; Plata Illescas, Cristina; Álvarez Martín, María Jesús; Villar del Moral, Jesús María

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Introducción: La hernia diafragmática de Bochdalek es un trastorno congénito caracterizado por un defecto en el cierre posterolateral del diafragma durante el desarrollo embrionario. Su prevalencia varía de 1/2.000 a 1/12.500 nacimientos, afectando por igual a ambos sexos y siendo una patología propia de la edad pediátrica e inusual en el adulto. Únicamente entre un 5-10% de las mismas permanecen sin ser detectadas en la infancia, presentándose en edades avanzadas, manifestándose habitualmente por síntomas como dolor torácico o abdominal.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente varón de 53 años con sospecha de parálisis de hemidiafragma izquierdo por hallazgo radiológico 30 años atrás. El mismo refería que desde hace 10 años presentaba episodios mensuales de dolor de tipo cólico en epigastrio, así como sialorrea y disfagia asociadas. Dado el aumento de la sintomatología en los últimos años, consultó al médico de cabecera, quien lo derivó a consultas externas de Cirugía Esofagogastrica. Tras su valoración, se solicitó endoscopia digestiva alta, apreciando alteración morfológica del estómago, observándose cierta angulación anterior, así como rotación en el eje longitudinal del fundus gástrico sobre el cuerpo, no apreciando hernia hiatal. Se decidió ampliar el estudio con TC abdominal evidenciándose una gran hernia diafragmática izquierda (hernia de Bochdalek) con paso de estructuras del abdomen hacia cavidad torácica, entre las que se aprecian parte del fundus gástrico, cuerpo y cola del páncreas, bazo, riñón izquierdo, ángulo esplénico del colon, asas de yeyuno y grasa intrabdominal. Ante este hallazgo, se decidió intervención quirúrgica mediante abordaje abdominal laparoscópico. Se calculó el índice de Tanaka obteniendo un valor del 22,5%, por lo que ante el riesgo de síndrome compartimental dada la pérdida de derecho a domicilio se indicó preparación preoperatoria mediante insuflación de neumoperitoneo progresivo. Intraoperatoriamente, se apreció gran defecto diafragmático posterolateral izquierdo, conteniendo la mencionada hernia diafragmática parte de fundus gástrico, páncreas, bazo y riñón izquierdo. Se procedió a la ligadura parcial de vasos cortos hasta descender el fundus gástrico, así como posteriormente a la disección del saco herniario para reducir el bazo y posteriormente el riñón izquierdo junto con la grasa perirrenal posterior, realizando posteriormente plicatura parcial de ambos laterales del defecto diafragmático, cubriendo el defecto central del mismo con parte del saco herniario fijándolo al cuadrado lumbar. Se colocó posteriormente una malla titanizada de 12 x 8 cm, sobrepasando totalmente el defecto fijando la misma con *tackers* y posterior aplicación de adhesivo de fibrina.

Discusión: Como es sabido, la reparación quirúrgica es el único tratamiento posible de las hernias diafragmáticas actualmente. El abordaje abierto abdominal continúa siendo el más utilizado, seguido por la toracotomía, aunque la laparoscopia cada vez aumenta su protagonismo dados los numerosos beneficios ya

conocidos del abordaje mínimamente invasivo como la minimización del dolor posoperatorio o posibles eventraciones, así como concretamente en la patología diafragmática aportar una mejor exposición del mismo, permitiendo en este caso la reparación de un defecto diafragmático de gran tamaño evitando la morbimortalidad que supone la agresión quirúrgica de procedimientos clásicos como la toracotomía.