

B I B L I O G R A F Í A

1. Corcione F, Caiazzo P, Cuccurullo D, Miranda L, Setiembre A, Pirozzi F, et al. Laparoscopic splenectomy for the treatment of wandering spleen. *Surg Endosc*. 2004;18:554-6.
2. Morgan JC, Shah U, Singer JA. Spontaneous rupture of a wandering spleen: case report and literature review. *Curr Surg*. 2003;60:310-2.
3. Antonella C, Summa A, De Filippo M, Borgia D, Zompatori M. Acute abdomen in torsion of a accessory splenn. *Eur J Radiol*. 2007;64:15-7.
4. Sodhi KS, Sagar K, Sood BP, Sandhu PP. Torsion of a wandering spleen: acute abdominal presentation. *J Emerg Med*. 2003;25:133-7.
5. Ben Ely A, Zissin R, Copel L, Vasserman M, Hertz M, Gottlieb P, et al. The wandering spleen: CT findings and possible pitfalls in diagnosis. *Clin Radiol*. 2006;61:954-8.
6. Lebron R, Self M, Mangram A, Dunn E. Wandering spleen presenting as recurrent pancreatitis. *JSLS*. 2008;12:310-3.
7. Castellón Pavón CJ, Valderrábano González S, Anchústequi Melgarejo P, Álvarez Álvarez J, Morales-Artero S,

Pérez-Algar C, Corrales-Castillo S, et al. Laparscopic splenectomy due to torsión of a wandering spleen. *Cir Esp*. 2006;80:406-8.

Juan Ignacio Ramos-Clemente Romero*,
Miquel Ángel Pérez Ramos, Alberto Benavente Fernández y
Antonio Maraver García

Servicio de Patología Digestiva, Hospital Infanta Elena, Huelva,
España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jramoscle@yahoo.es
(J.I. Ramos-Clemente Romero).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2010 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2010.10.015

Hernioplastia diafragmática con malla COMPOSITE Diaphragmatic hernia repair with a COMPOSITE mesh

Se presenta una mujer de 39 años con antecedente de asma bronquial y de haber sufrido un accidente automovilístico 10 años antes con fractura del cóccix y lesión de vagina y el periné, con reconstrucción de ambos. Hace un año presentó trastornos dispépticos y dolor en el epigastrio, con cuadros respiratorios inflamatorios a repetición localizados en el hemitórax izquierdo. En la radiografía de tórax se observa una imagen hidroárea supradiafragmática izquierda, que hace sospechar una hernia diafragmática.

En estudios contrastados de esófago, estómago y duodeno, tránsito intestinal y colon por enema se demuestra la presencia del estómago y el colon en el tórax (fig. 1). La TC confirma el diagnóstico. Las pruebas funcionales respiratorias informaron insuficiencia respiratoria restrictiva de moderada a severa.

Se opera mediante una toracotomía axilar vertical izquierda y se encuentra presencia en la cavidad torácica del estómago en su totalidad, ángulo esplénico, colon transverso y el epiplón mayor, con gran defecto herniario de 20 por 20 cm. Se realiza quelotomía con liberación de los órganos e introducción de los mismos a su cavidad, con hernioplastia utilizando una malla de polipropileno con politetrafluoro etileno expandido (PTFE) (fig. 2). La evolución es satisfactoria egresado del hospital al quinto día.

Es nuestro objetivo mostrar la posibilidad que ofrecen los avances tecnológicos, al contar con materiales protésicos que

nos permiten una reparación segura, en grandes defectos herniarios diafragmáticos, que de ser afrontados con un cierre primario del diafragma con técnica tradicional de Mayo-Robson con sutura no-absorbible pudiera comprometer aun más la capacidad respiratoria en esta enferma asmática con un gran defecto diafragmático traumático.

El diafragma es el piso de la cavidad torácica y el techo de la abdominal, aumentando la frecuencia de hernia diafragmática traumática por el incremento de los accidentes de tránsito. Su incidencia varía entre el 1 y el 5%, con un promedio del 3-5% en las lesiones traumáticas torácicas y abdominales. La mortalidad general es del 13,7% y su diagnóstico es complejo, partiendo de la sospecha de su existencia. La lesión penetrante es la principal forma de daño diafragmático en aéreas urbanas y su localización más común es el lado izquierdo, por la protección que brinda el hígado al lado derecho. Se dividen en tres tipos: agudas, diagnosticada al tiempo de la lesión (hasta el decimocuarto día del trauma); tardías, que se agudizan un tiempo desde la lesión original, y crónicas, que presentan síntomas leves recurrentes hasta que la encarcelación motiva atención médica¹⁻³.

Su mecanismo de producción es por trauma cerrado (indirecto) o penetrante (directo). Los traumatismos cerrados por accidentes y caídas son causas principales en la niñez y las lesiones penetrantes en adolescentes y adultos jóvenes. En

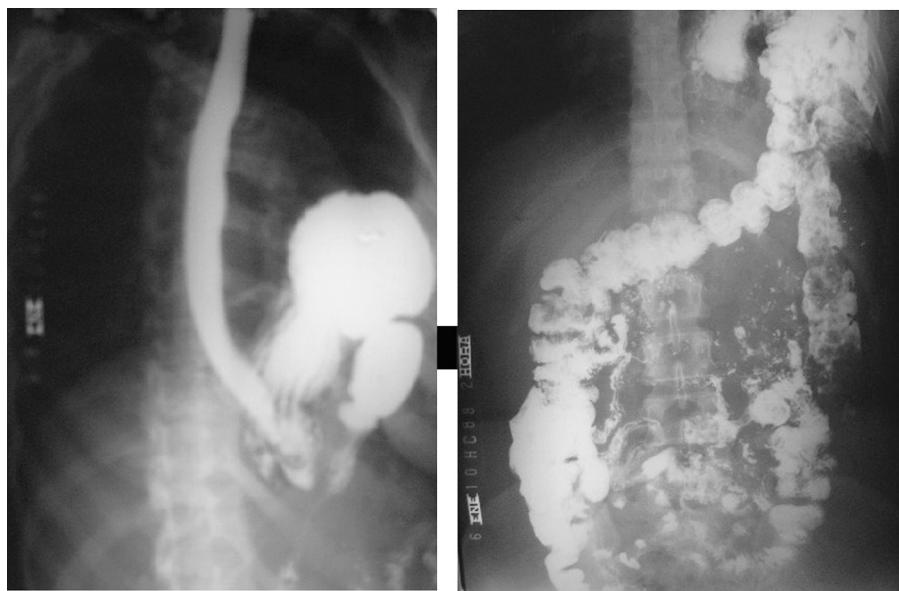


Figura 1 – Radiografías contrastadas muestran órganos abdominales en el hemitórax izquierdo.

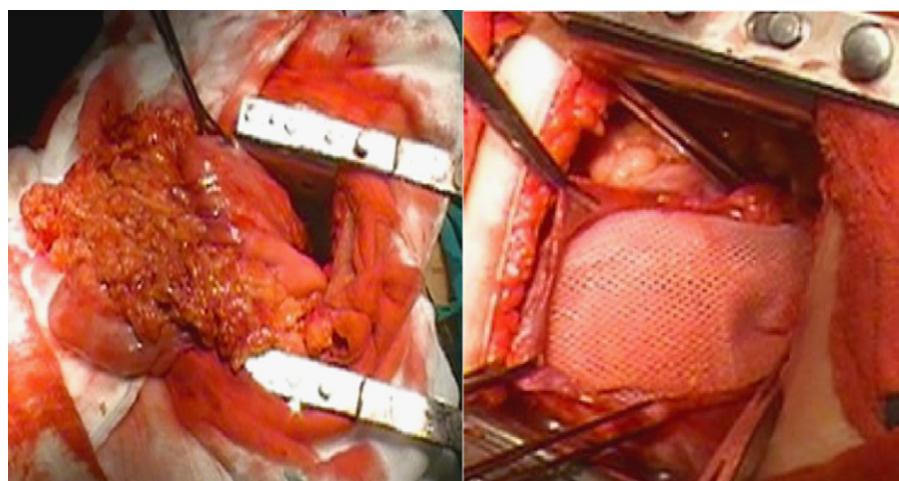


Figura 2 – Órganos abdominales en el tórax y reparación del defecto con malla.

traumas cerrados, el aumento brusco de la presión abdominal por compresión, aplastamiento, una fuerza violenta u onda expansiva puede producir la rotura diafragmática y la hernia. Si la laceración es grande, las vísceras entran inmediatamente en la cavidad pleural, o pueden herniarse lentamente hasta que un aumento repentino de la presión pleuroperitoneal produzca síntomas de atascamientos³⁻⁶.

Los síntomas más comunes en el momento del trauma son disnea y dolor en el tórax, por disfunción unilateral del diafragma y compresión del pulmón y el mediastino por el contenido abdominal herniado, alterando la mecánica ventilatoria y provocando fenómenos restrictivos, además se pueden presentar alteraciones hemodinámicas por la obstrucción del retorno venoso, contusión del miocardio y taponamiento cardíaco²⁻⁷. Los estudios por imágenes son esenciales para el diagnóstico, al observar sombras anormales en el tórax, niveles hidroaéreos, alteraciones del

contorno diafragmático y desplazamiento del mediastino^{8,9}. En nuestro paciente fue evidente el diagnóstico con los estudios contrastados, criterio de gran aceptación. La tomografía computarizada (TC) helicoidal es un método con alta especificidad y sensibilidad para las roturas diafragmáticas⁹. La mayor parte de las hernias diafragmáticas traumáticas están constituidas por un solo órgano, siendo el estómago el órgano que más se hernia, en dependencia del defecto pueden existir dos o más órganos, como el caso presentado. Las vísceras más comunes herniadas son estómago, colon, bazo, intestino delgado y epiplón³⁻⁷. Los objetivos del tratamiento son reposición de los órganos al abdomen con reparación del diafragma. En la fase crónica se prefiere la intervención por vía torácica por las adherencias y el contenido organizado y en la aguda por vía abdominal, excepcionalmente se usa una incisión torácica y abdominal⁷. La reparación de grandes defectos

herniarios se han simplificado con el uso de mallas protésicas como el caso presentado, usando mallas como la COMPOSITE, que permite colocar una parte en contacto con los órganos abdominales.

B I B L I O G R A F I A

1. Tapias-Vargas L, Tapias L. Hernias diafragmáticas: desafío clínico y quirúrgico. Rev Colomb Cir. 2009;24:95-105.
2. Nursal TZ, Ugurlu M, Kologlu M, Hamaloglu E. Traumatic diaphragmatic hernias: a report of 26 cases. Hernia. 2001;5:25-9.
3. García A, Villar J, Muffak K. Rotura traumática del diafragma. Cir Esp. 2005;77:105-7.
4. George L, Rehman SU, Khan FA. Diaphragmatic rupture: a complication of violent cough. Chest. 2000;117: 1200-1.
5. Maldonado MD, Lopez CR. Hernia diafragmática traumática: Reporte de un caso. Rev Chil Pediatr. 2007;78:62-6.
6. García-Navarro A, Villar-del Moral JM, Muffak-Granero K, Palomeque-Jiménez A, Mansilla-Roselló A, Garrote-Lara D, et al. Rotura hernia traumática del diafragma. Cir Esp. 2005;77:105-7.
7. Haciibrahimoglu G, Solak O, Olcmen A, Berinhan MA, Solmazer N, Gurses A. Management of traumatic diaphragmatic rupture. Surg Today. 2004;34:111-4.
8. Llanos J, Paredes N, Schiappacasse G. Hernia diafragmática traumática complicada: Presentación como ileo. Rev Chil Radiol. 2005;11:166-9.
9. Eren S, Kantarcı M, Okur A. Imaging of diaphragmatic rupture after trauma. Clin Radiol. 2006;61:467-77.

Orestes Noel Mederos Curbelo*, Juan Carlos Barrera Ortega, Eduardo Molina Fernandez y Orestes Luis Mederos Trujillo

Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario Manuel Fajardo, La Habana, Cuba

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: noemed@infomed.sld.cu (O.N. Mederos Curbelo).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2010 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2010.12.014

Desaparición espontánea de los cálculos «imposibles de eliminar» de la vía biliar principal tras la esfinterotomía endoscópica

Spontaneous disappearance of «impossible to remove» calculi in the main bile duct after endoscopic sphincterotomy

La coledocolitiasis se define como la presencia de cálculos en la vía biliar principal; puede ser primaria o secundaria. Se presenta en un 5-15% de los pacientes con colelitiasis. Comentamos el caso de una paciente con cálculos que se consideraron «imposibles de extraer» tras la esfinterotomía endoscópica y se eliminaron tras dejar una endoprótesis.

Mujer de 64 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, fibrilación auricular, ictus, nefrectomía izquierda y tratamiento con dicumarínicos. Presentaba cuadros de colecistitis de repetición. En la ecografía/tomografía computarizada se apreciaba empedrado vesicular y coledocolitiasis. Se le realizaron una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) y una esfinterotomía, que confirmaron un colédoco dilatado con múltiples cálculos en su interior, que no pudieron extraerse todos (fig. 1), por lo que se dejó una prótesis de plástico transpapilar. Tras repetir la CPRE meses después, se apreció barro biliar en el interior de la prótesis y, sorprendentemente, un colédoco limpio (fig. 2). Se extrajo la prótesis y se realizó la colecistectomía laparoscópica.

Actualmente, existen diversas técnicas para el tratamiento de la coledocolitiasis, tendiendo hacia las mínimamente invasivas. Clásicamente se realizaba la colangiografía durante la intervención de las colecistectomías, para explorar la vía biliar principal y tratar los cálculos coledocianos. Con la aparición de la ecografía endoscópica, la colangiorresonancia, la colangiografía retrógrada, etc., han surgido otras posibilidades.

El tratamiento definitivo es la extracción de los cálculos y la limpieza de la vía biliar, junto con la colecistectomía. A veces hay que añadir esfinterotomía o dilatación del esfínter de Oddi (esfinteroclusia). Con menor frecuencia, es necesario realizar derivaciones biliares como colédoco-duodenostomía o hepático-yeyunostomía. Hay varias opciones para realizar estas terapias:

1. Cirugía convencional abierta.
2. Tratamientos de mínima agresión, que para llevarlos a cabo existen diferentes posibilidades:
 - CPRE preoperatoria, eliminación de los cálculos y colecistectomía laparoscópica: la colangiografía retrógrada