



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



VC-056 - PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN 3D Y REPARACIÓN ROBÓTICA DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA IZQUIERDA

Vila Riera, Cecília; Sala Vilaplana, Laia; Julià Verdaguer, Elisabet; Ballester Vázquez, Eulàlia; Acebes Pinilla, César; Ríos Vives, Miguel Ángel; Moustafa, Abdel Hakim; Fernández Ananín, Sonia

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Resumen

Introducción: Las hernias diafragmáticas son poco frecuentes en la población adulta. Las de etiología traumática representan el 10-30% del total, siendo el 88-95% de localización izquierda (debido a al efecto protector que ejerce el hígado). El 30% de las hernias diafragmáticas traumáticas (HDT) se manifiestan de forma tardía. Aunque no se dispone de guías clínicas para su adecuado manejo, se suele indicar la reparación quirúrgica al presentar un alto riesgo de complicaciones y una alta mortalidad asociada. Sin embargo, existe controversia en cuanto al momento óptimo de la cirugía, el abordaje, el tipo de reparación y el uso de mallas. Por otro lado, su complejidad puede verse aumentada por su relación con las diferentes estructuras adyacentes, por lo que el uso de reconstrucciones en 3D puede ayudar a planificar y guiar la estrategia quirúrgica. Presentamos el caso de la reparación mediante abordaje robótico de dos hernias diafragmáticas de origen traumático estudiadas previamente mediante un modelo anatómico en 3D.

Caso clínico: Mujer de 68 años con antecedente de accidente de tráfico de alta energía hace 5 años, dada de alta aparentemente sin lesiones. Consultó por epigastralgia e insuficiencia respiratoria progresiva, por lo que se realizaron varios estudios, entre ellos un TC toracoabdominal que observó una voluminosa hernia diafragmática izquierda de contenido graso sin signos de complicación. El modelado en 3D (Mimics 26.0 -Materialise-) permitió conocer su tamaño, disposición y relación con las estructuras adyacentes (bazo), así como la existencia de un segundo defecto anterior de pequeño tamaño. Se decidió cirugía con exploración y reparación de robótica de la HD. Se observaron dos defectos diafragmáticos izquierdos de 4 y 1 cm respectivamente, ambos con contenido graso. Tras liberar adherencias, se pudieron reducir los contenidos herniarios. Posteriormente, se realizó el cierre del defecto herniario de 4 cm con sutura continua barbada irreabsorbible y del orificio de 1 cm con dos puntos simples de seda. Se colocó una malla GORE Synecor® fijada con puntos de Vicryl. Tras 3 días de ingreso la paciente fue dada de alta sin incidencias.

Discusión: Dado que las HDT son una patología poco común, existe controversia sobre el tratamiento óptimo de las mismas. Aun así, la cirugía está indicada. Su complejidad puede verse aumentada por su relación con las diferentes estructuras adyacentes, por lo que el uso de reconstrucciones en 3D puede ayudar a planificar y guiar la estrategia quirúrgica. Respecto al abordaje, este puede ser transabdominal, transtorácico o una combinación de ambos. El uso de

técnica laparoscópica está establecido para la reparación de las HT. Sin embargo, existen pocos casos reportados a cerca del abordaje robótico, que consideramos ofrece claras ventajas para el tratamiento de esta patología.