



P-653 - HERNIA TRANSDIAFRAGMÁTICA INTERCOSTAL INDUCIDA POR LA TOS CON COMPLICACIÓN POSOPERATORIA CATASTRÓFICA

Abellán López, María; Aguilar Jiménez, José; Piñera Morcillo, Clara; García García, M.^a Luisa; Filardi Fernández, Laura; Moreno Egea, Alfredo; Lucas Zamorano, Isabel; Soria Aledo, Victoriano

Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia.

Resumen

Introducción: Exponemos el caso de un paciente de 65 años que, durante el posoperatorio de la reparación de una “hernia lateral derecha compleja”, comienza con un cuadro de disnea y desaturación refractarias a tratamiento médico. La radiografía de tórax urgente evidenció la presencia de asas de intestino ocupando el hemitórax derecho. Se indicó el tratamiento quirúrgico urgente.

Caso clínico: Paciente de 65 años, fumador de 25 c/d, que había consultado previamente en varias ocasiones en el servicio de urgencias de nuestro hospital por accesos de tos y dolor costal derecho. A raíz de estos episodios, desarrolla un hematoma en la parrilla costal derecha que es manejado ambulatoriamente. Tres meses después es derivado a consultas de Cirugía General por presentar una voluminosa masa toracoabdominal derecha en el lugar donde se presentó el hematoma. Se realizó un TAC que evidenció una gran hernia con un anillo intercostal cuyo saco contenía asas de intestino delgado y el extremo lateral del lóbulo inferior del pulmón derecho. Con el diagnóstico de “hernia lateral derecha compleja” el paciente es intervenido de forma programada mediante acceso abierto oblicuo lateral. La intervención se desarrolla sin incidencias reseñables y el paciente es trasladado a planta de hospitalización. A las 48 horas de la intervención, el paciente presenta un cuadro de disnea y desaturación refractario a tratamiento médico. En la Rx simple (que se completa inmediatamente con un TAC toracoabdominal urgente, fig.), se evidencia una discontinuidad diafragmática de unos 9-10 cm por la que ascienden al tórax asas de intestino delgado y colon transverso, este con signos de sufrimiento, que provocan el colapso casi completo del pulmón derecho. El paciente es reintervenido de forma urgente a través de una laparotomía media, hallando un defecto diafragmático anterolateral derecho de 10 cm de diámetro con herniación del intestino delgado y del colon transverso. Se redujo el contenido herniario, apreciándose lesiones irreversibles por isquemia del colon transverso, y se reparó el defecto diafragmático con sutura entrecortada reforzada con una malla biológica, con colocación de un tubo de drenaje torácico. A la reparación del defecto se asoció una colectomía derecha ampliada (que incluía el amplio segmento necrótico del colon) con anastomosis ileocólica latero-lateral mecánica. Tras la intervención, el paciente fue trasladado a UCI, manteniéndose estable durante el posoperatorio.



Discusión: Las hernias diafrágicas son protrusiones del contenido abdominal hacia la cavidad torácica. Los defectos diafrágicos que las ocasionan suelen ser congénitos y, en caso de ser adquiridos, suelen deberse a traumatismos toraco-abdominales penetrantes. Las hernias transdiafrágicas intercostales inducidas por la tos son extremadamente raras. En nuestro caso el diagnóstico se realizó al reevaluar la historia y las imágenes pre y posoperatorias tras la evolución catastrófica en el posoperatorio inmediato. Nuestra hipótesis es que, al defecto original de pared, intercostal transdiafrágico, que incluía la desinserción diafrágica anterolateral, se asoció una lesión pleural en el momento de la reparación anterior de la hernia que provocó la herniación visceral abdominal al tórax con las consecuencias descritas.