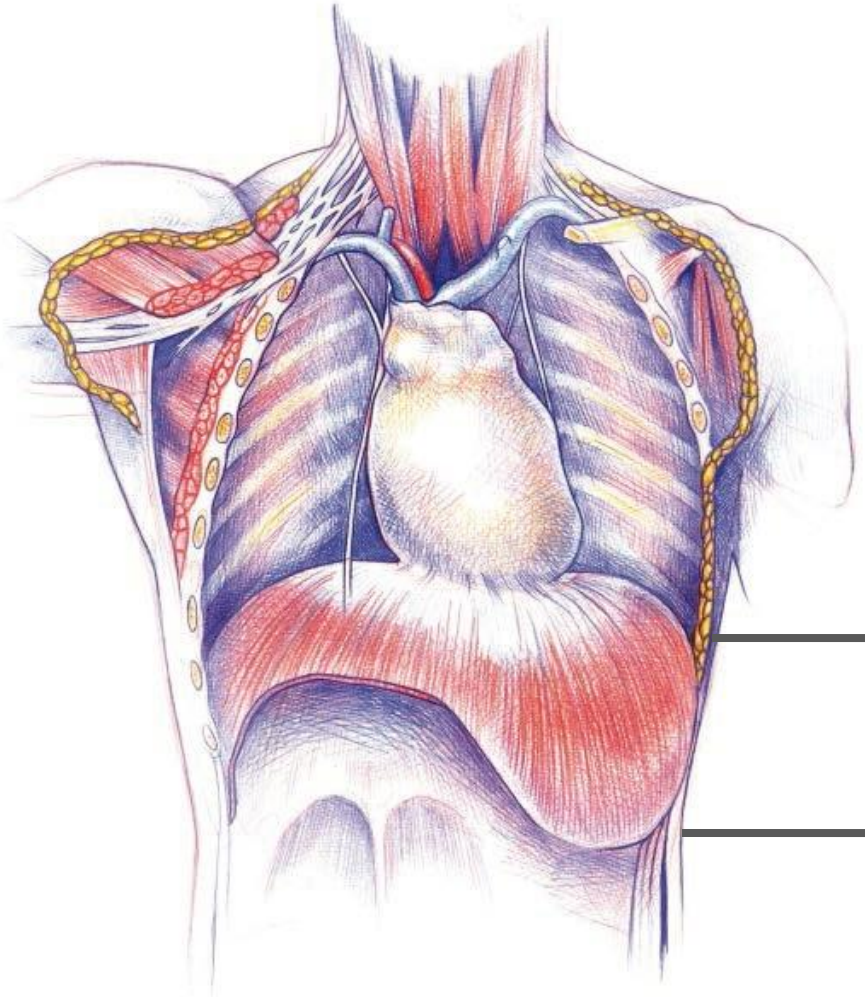
Caso Clínico

Hernia Diafragmática



Dr. Alfredo Moreno Egea

Historia clínica

- Consulta:

Varón de 41 años. Ingreso en Medicina Interna y solicitud de valoración por cirugía.

- IMC: 33 (obeso)
- No alergias ni hábitos tóxicos
- No cirugías previas.
- Historia de múltiples consultas por problemas respiratorios (disnea leve-moderada, cansancio, tos, infecciones de vías de repetición, dolor torácico, etc.) y digestivos inespecíficos (estreñimiento o diarrea ocasional, nauseas y dolor abdominal alto)
- 3 ingresos en Medicina Interna en los últimos dos años por neumonia.

Exploración física

- Abdomen globuloso y algo timpanizado
- No cicatrices. No masas palpables.
- Molestias difusas en hemi-abdomen superior.
- Auscultación pulmonar patológica. Timpanismo y ruidos intestinales en tórax. Murmullo vesicular disminuido.
- No malformaciones torácicas aparentes (pecho excavado o asimetría).
- Laboratorio normal. ECG normal.

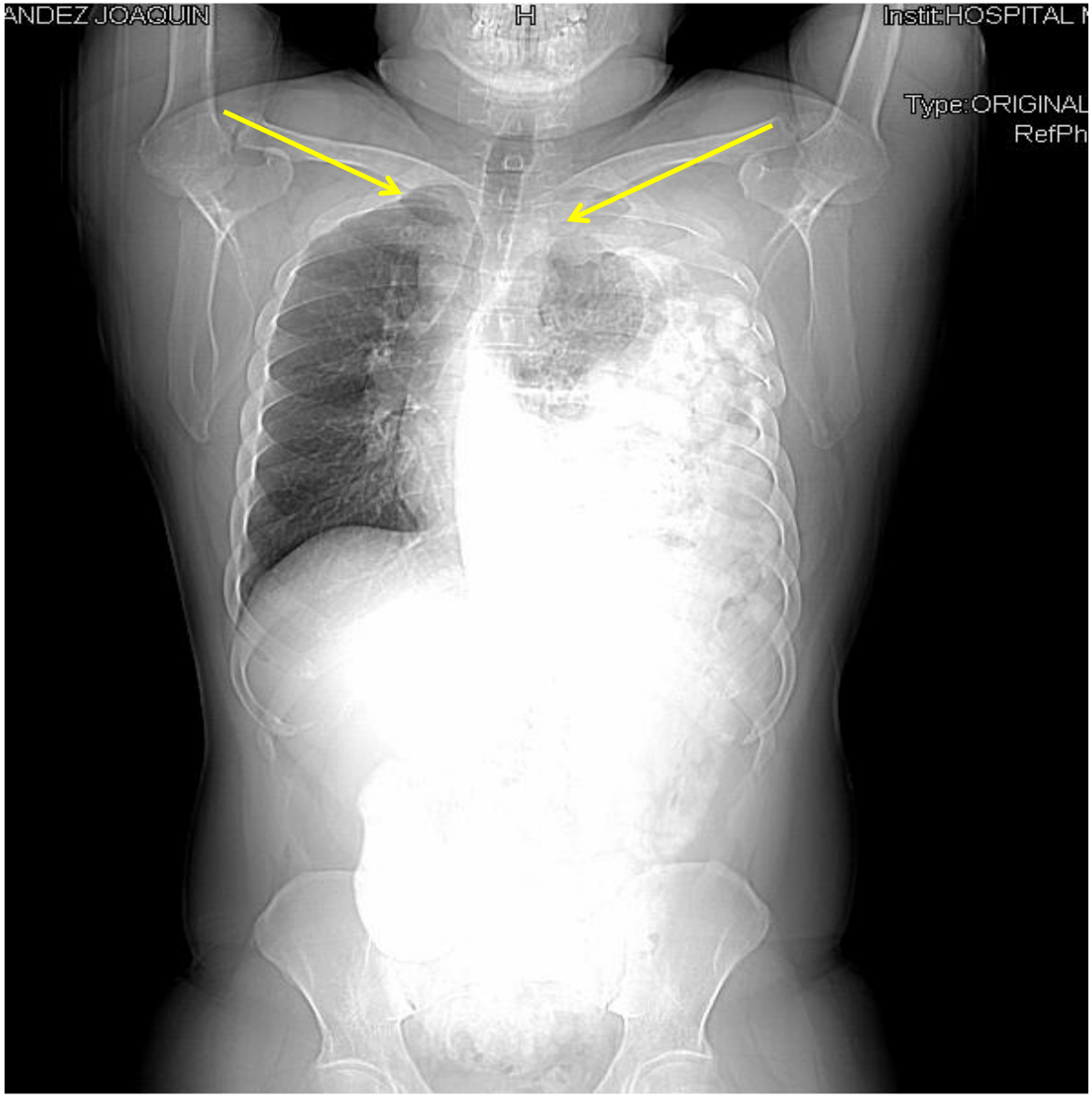
Estudio de Imagen

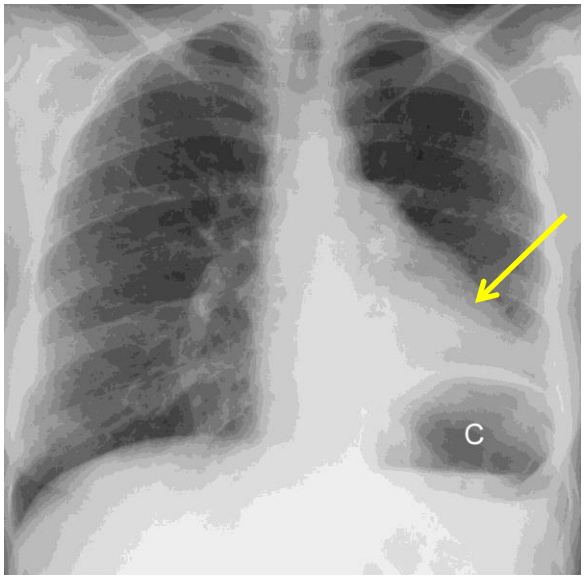
I. Rx simple de tórax:

- Ocupación del hemitórax izquierdo con compresión pulmonar al vértice y desplazamiento del mediastino al lado contralateral
- Patrón aéreo intestinal en tórax.
- Signo de imagen en arco sobre el diafragma

Estudio de Imagen I.

Rx simple de tórax





C: cámara gástrica en tórax. Signo de *imagen en arco* sobre la base del diafragma izquierdo

Estudio de imagen

II. TC:

- Tórax:

  Contenido intestinal en hemitórax izquierdo hasta tercio superior, intestino delgado y colón, bazo y riñón, y parte de estómago. No signos de sufrimiento. No adenopatias.

- Abdomen:

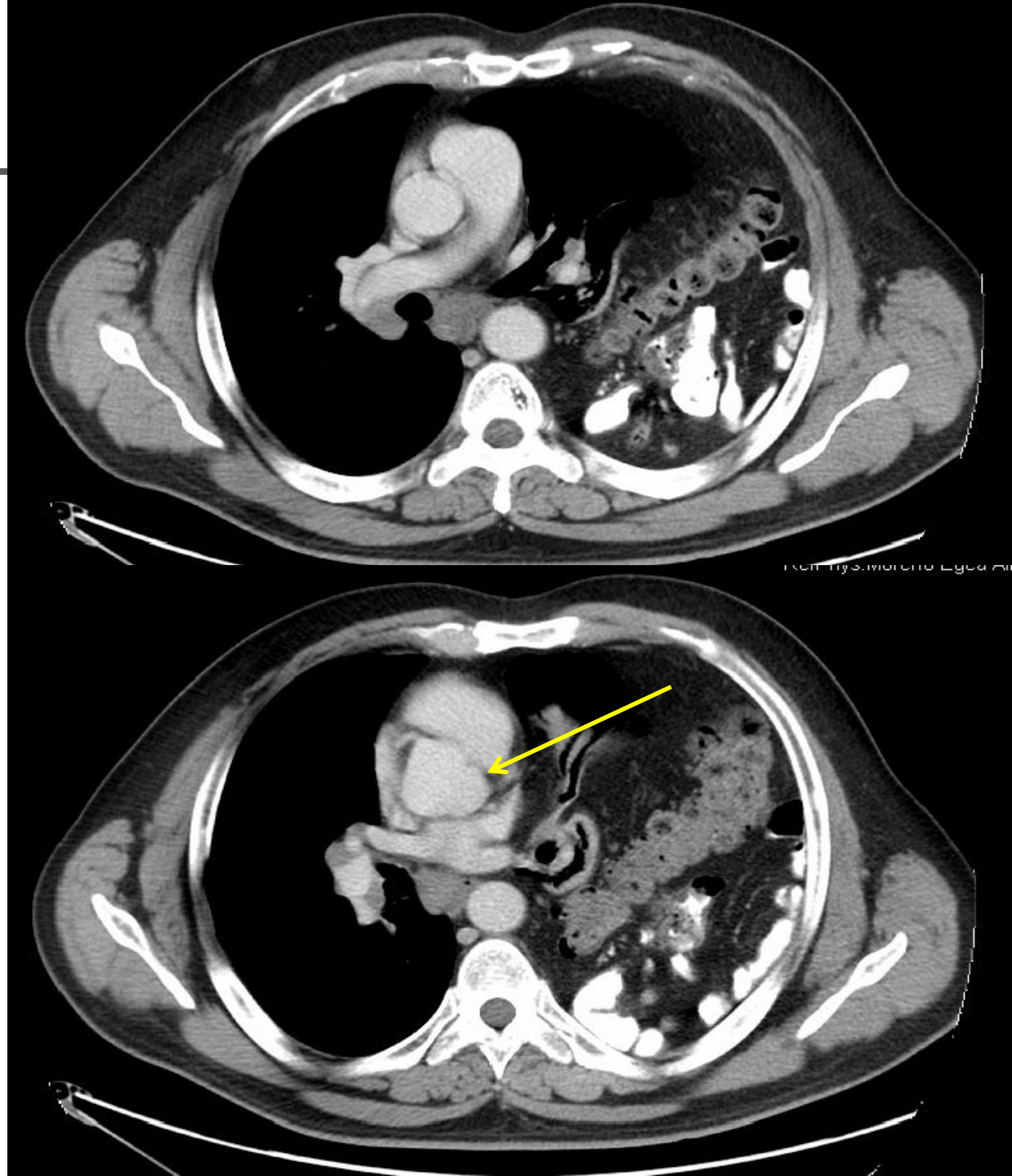
  Diafragma con gran defecto posterior tipo Bochdalek. Pilares costal y vertebral defectuosos y retraídos, tamaño superior a 10cm.

1…

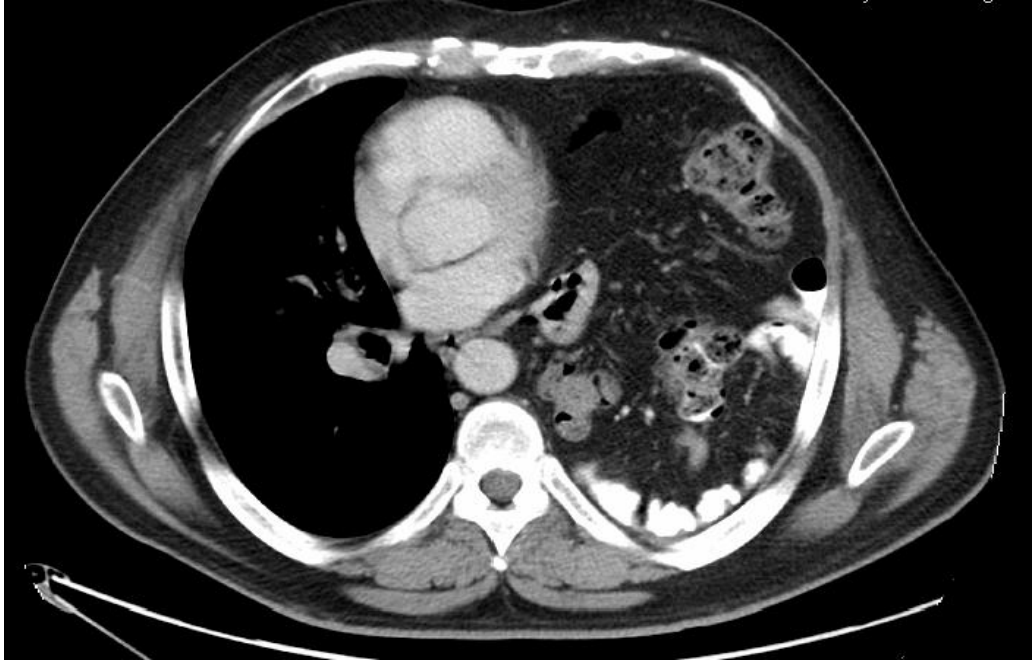
Trígono lumbocostal de **Bochdalek:**

Defecto entre la porción muscular lumbar y la costal, habitualmente cerrado por pleura y pericardio

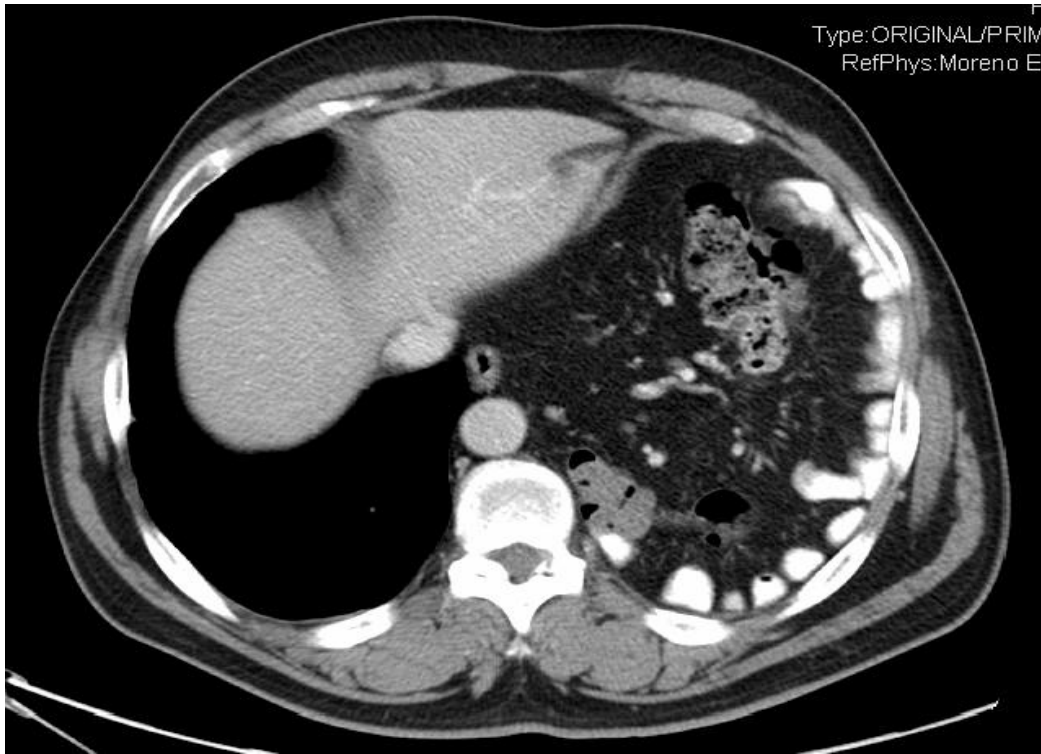
2…



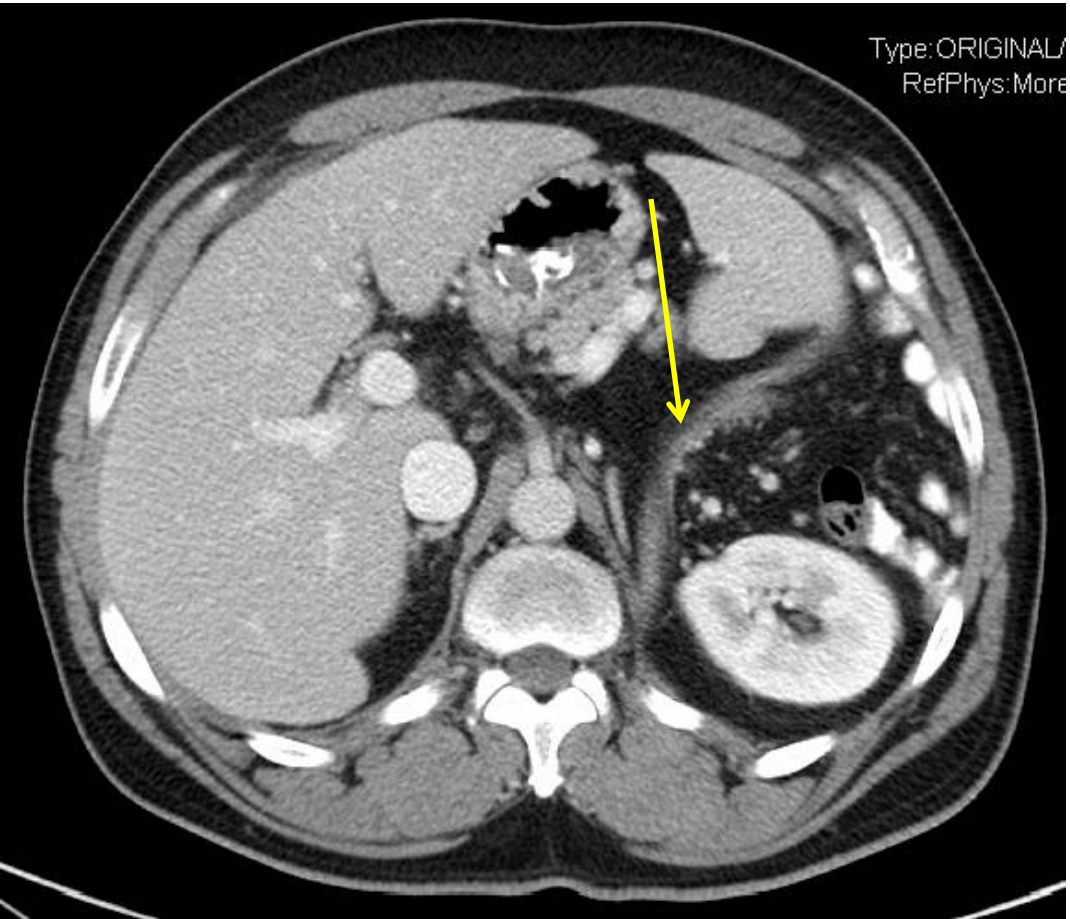
3…

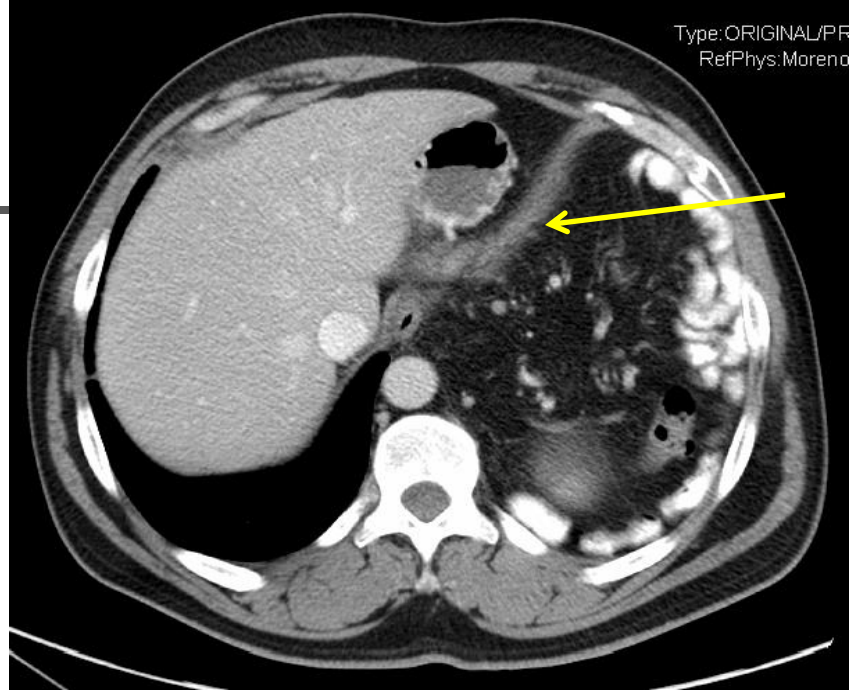


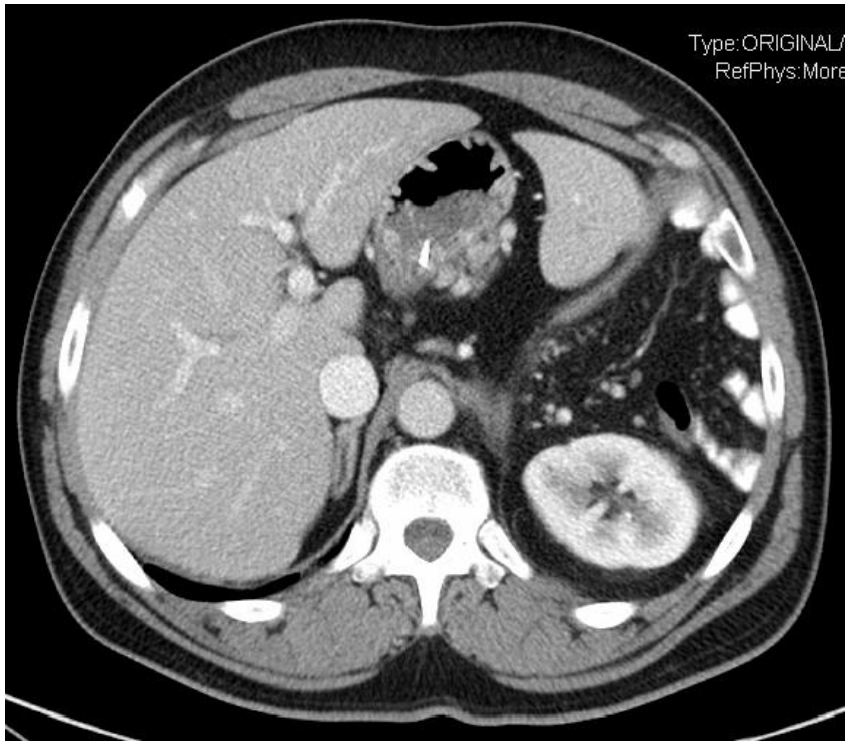
El TAC ayuda a clasificar los defectos en función de su tamaño y valora las relaciones con otros órganos del mediastino y abdomen.



Restos de tabique diafragmático a nivel lumbar inferior





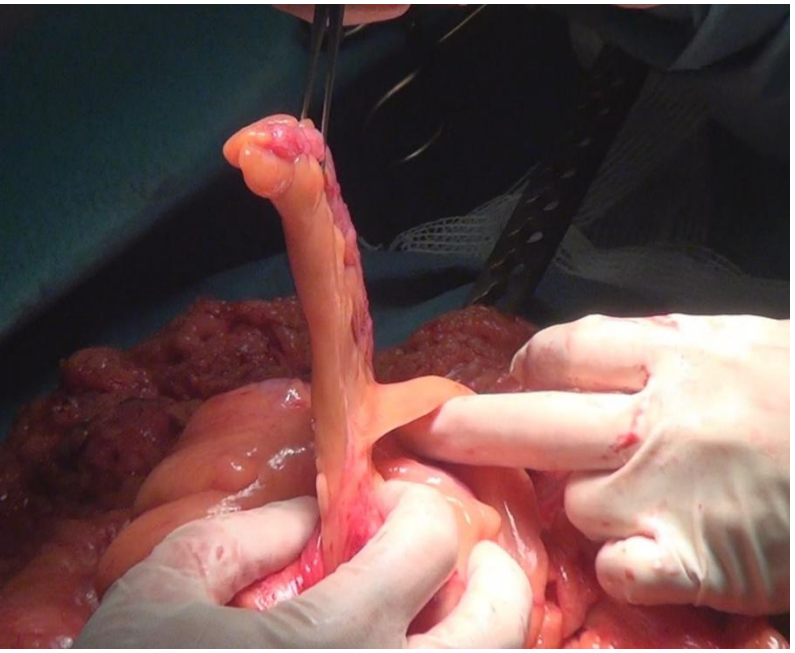


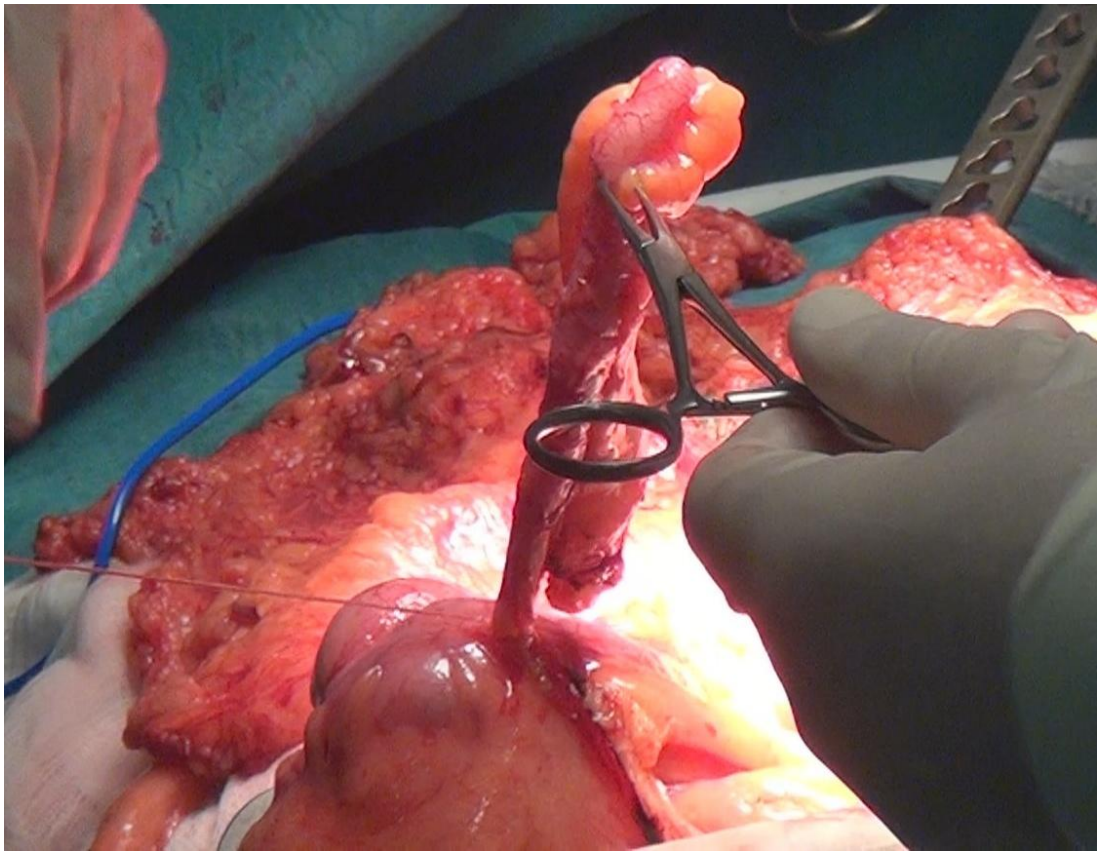
Estudio preoperatorio

- Valoración anestésica: ASA II-III. Intubación prevista no problemática
- Consentimiento informado: firmado por el paciente y la familia
- Valoración por endocrino para intentar controlar el peso
- Valoración por neumólogo para fisioterapia pre- y postquirúrgica
- Creación de hábitos saludables

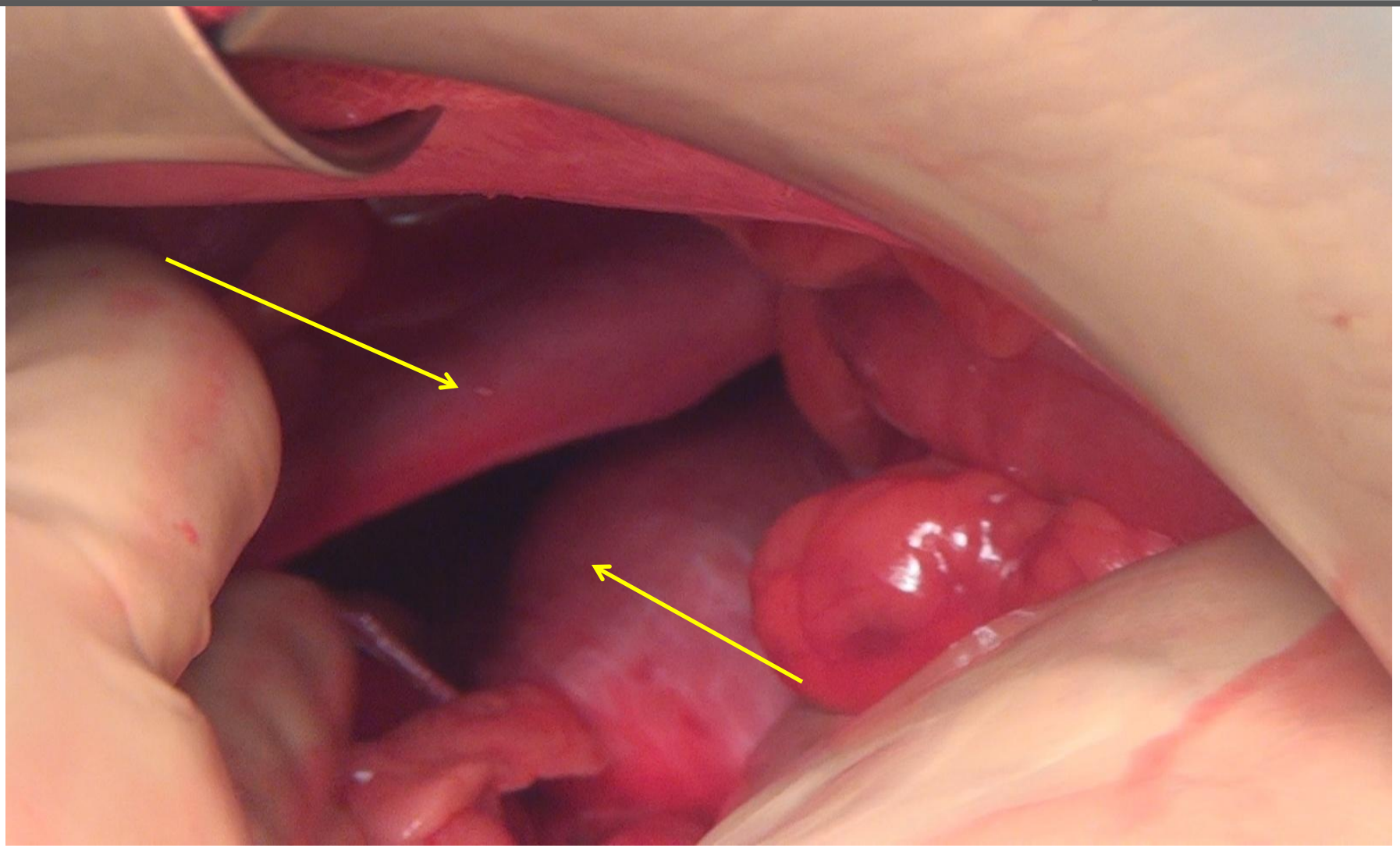
Gestos quirúrgicos

1. Abordaje: Laparotomía media supra-umbilical
2. Exploración abdominal
3. Reducción del contenido (colón derecho rotado, intestino delgado, omento mayor, riñón izquierdo, bazo y estómago torsionado)
4. Apendicetomía profiláctica
5. Drenaje torácico aspirativo
6. Cierre de pilares atróficos y fascia retroperitoneal
7. **Malla** de refuerzo recubierta de titanio y de baja densidad *TiMesh*^{R}
8. **Fijación** atraumatica con adhesivo tisular sintético *Ifabond*^{R}
9. Recolocación visceral
10. Cierre por planos



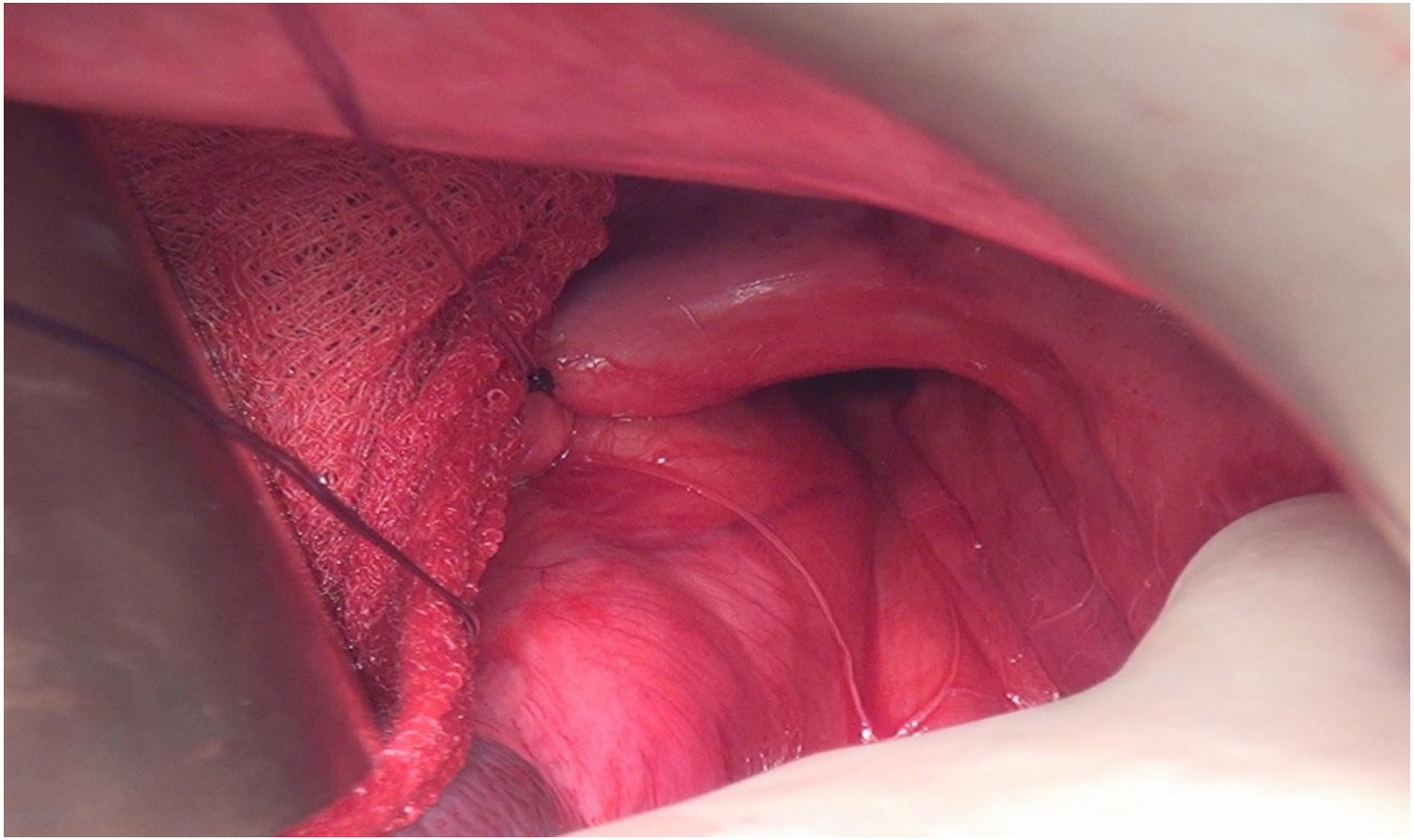


Apéndice libre en tórax (de gran tamaño). Para evitar una cirugía de urgencias en condiciones desfavorables se realiza su extirpación de forma profiláctica.

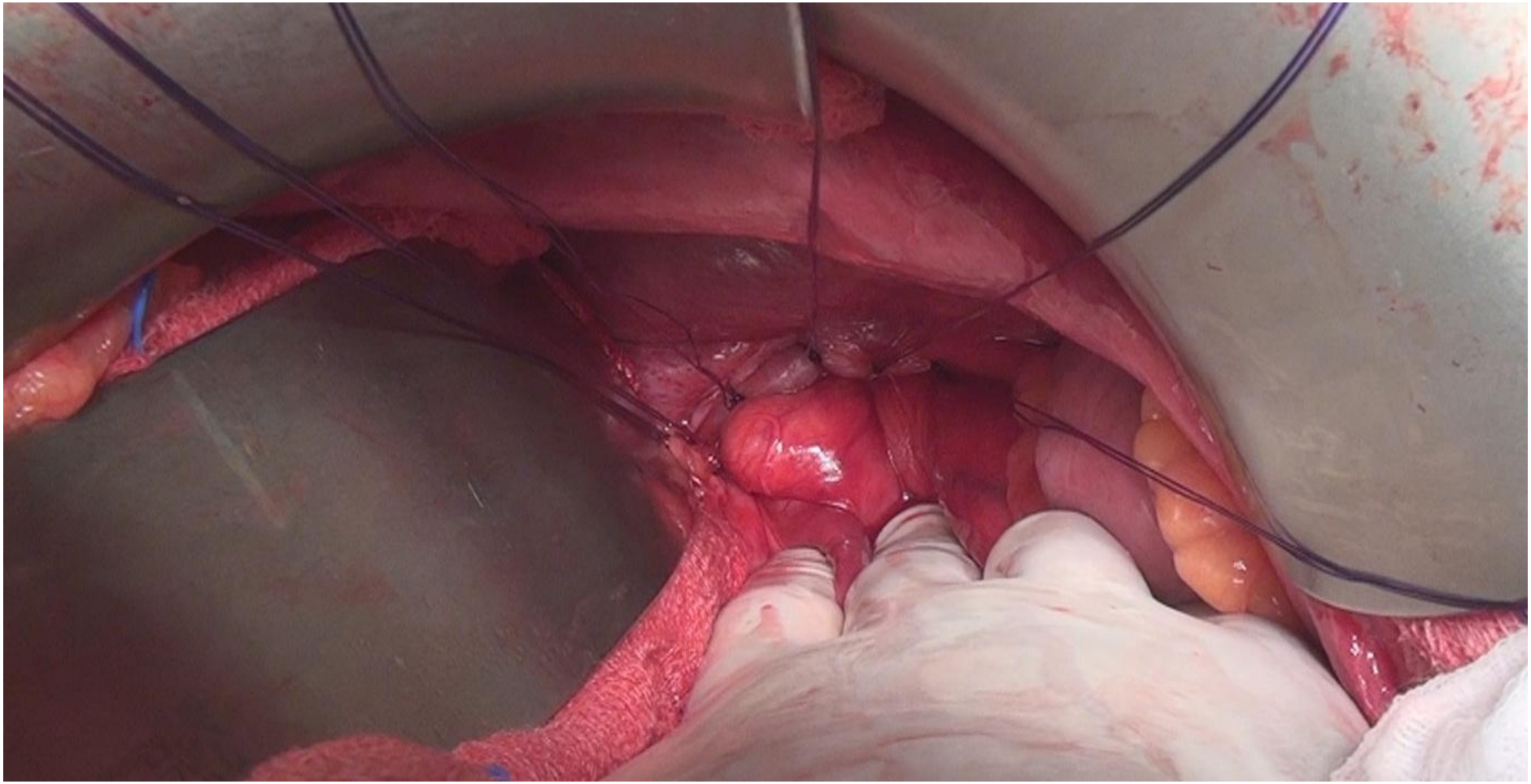


1. Nivel superior o techo: pilar muscular costal libre
2. Nivel inferior o suelo: fascia preperitoneal prerrenal

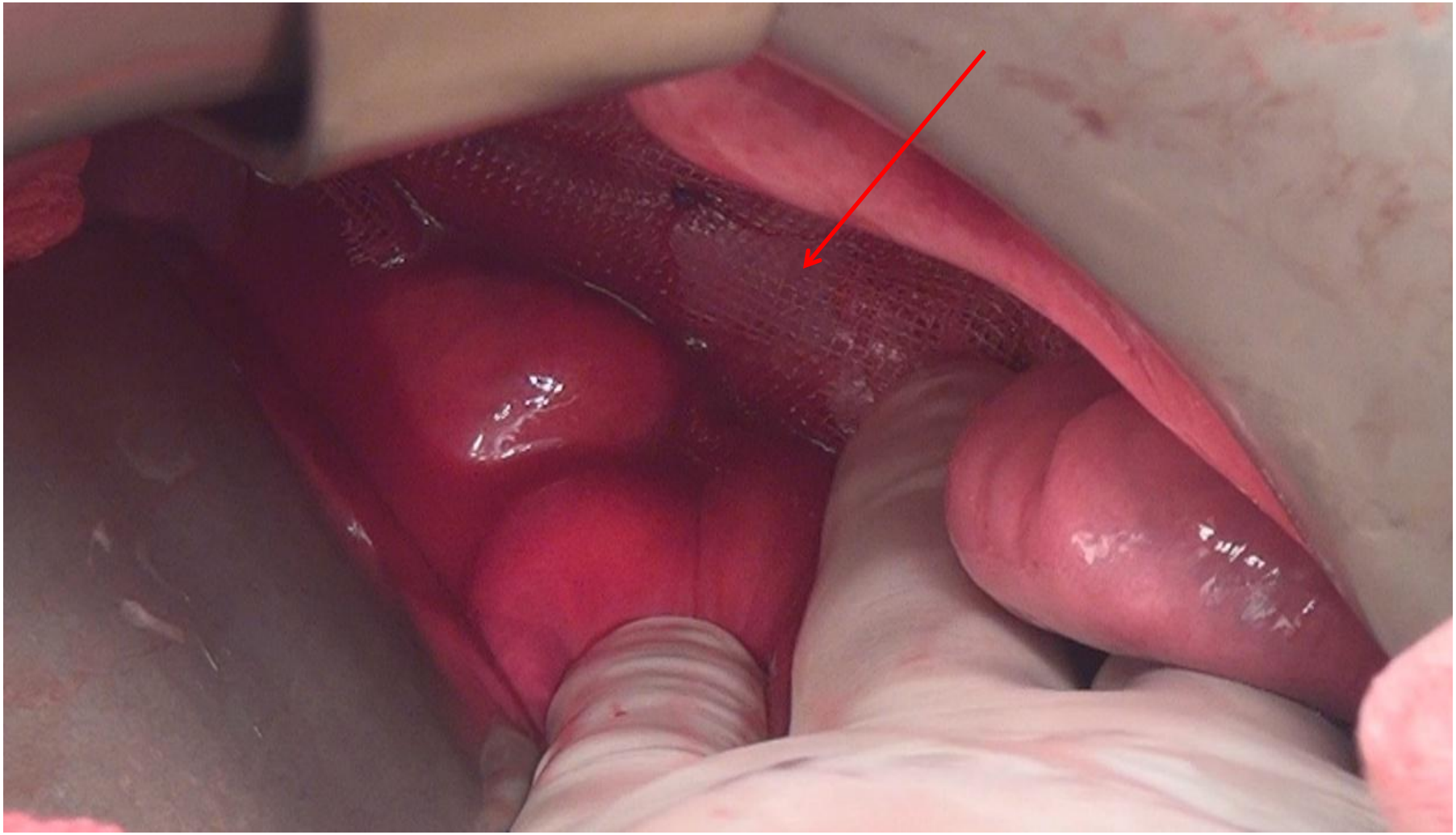
(estructuras de soporte para el cierre del defecto gigante)



Inicio de la sutura de pilares para re-establecer la separación entre cavidades. Puntos sueltos de medial a lateral.



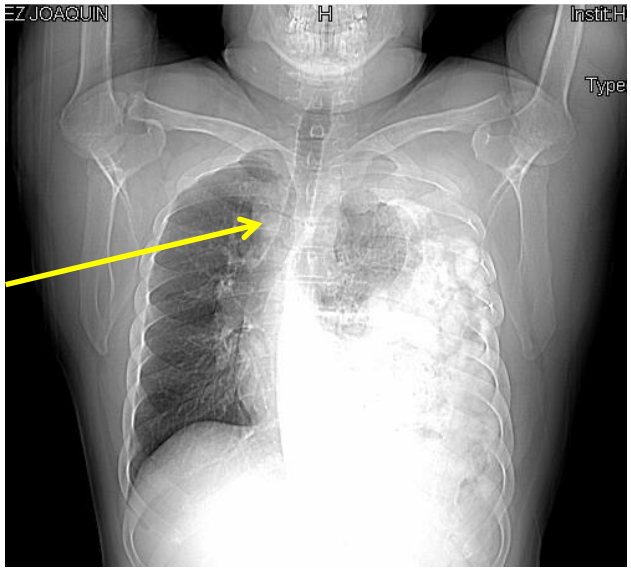
Cierre del diafragma a puntos sueltos con apoyo sobre retroperitoneal manteniendo controlado con la mano derecha el riñón reducido en su posición abdominal normal, evitando su deslizamiento posterior.



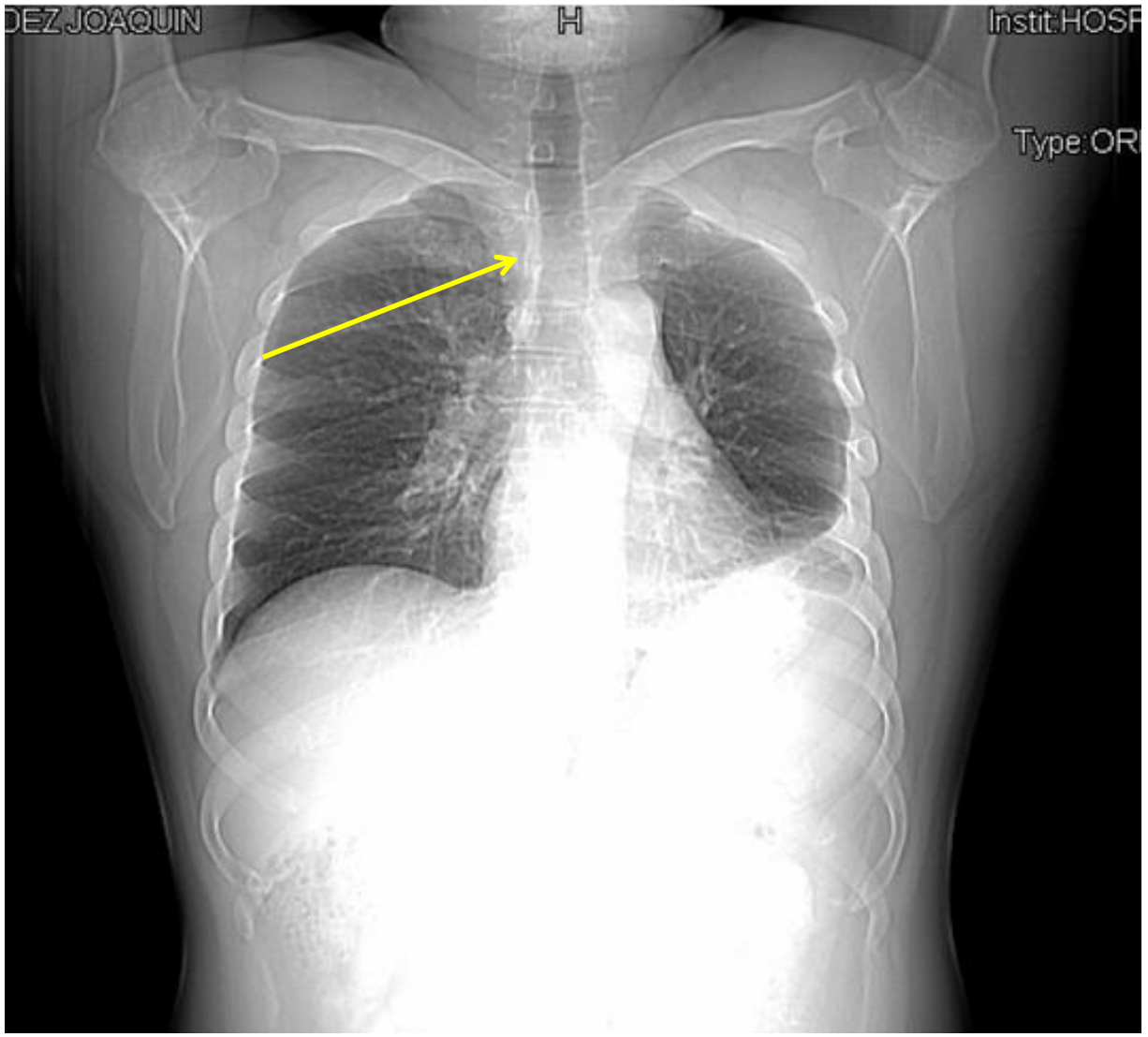
Malla de refuerzo para asegurar la solidez de la reparación durante los movimientos respiratorios. **Malla** elegida: *TiMesh* (por su biocompatibilidad y baja irritación local). **Fijación**: pegamento "*Ifabond*" (para evitar traumas sobre el pericardio).

Curso postoperatorio

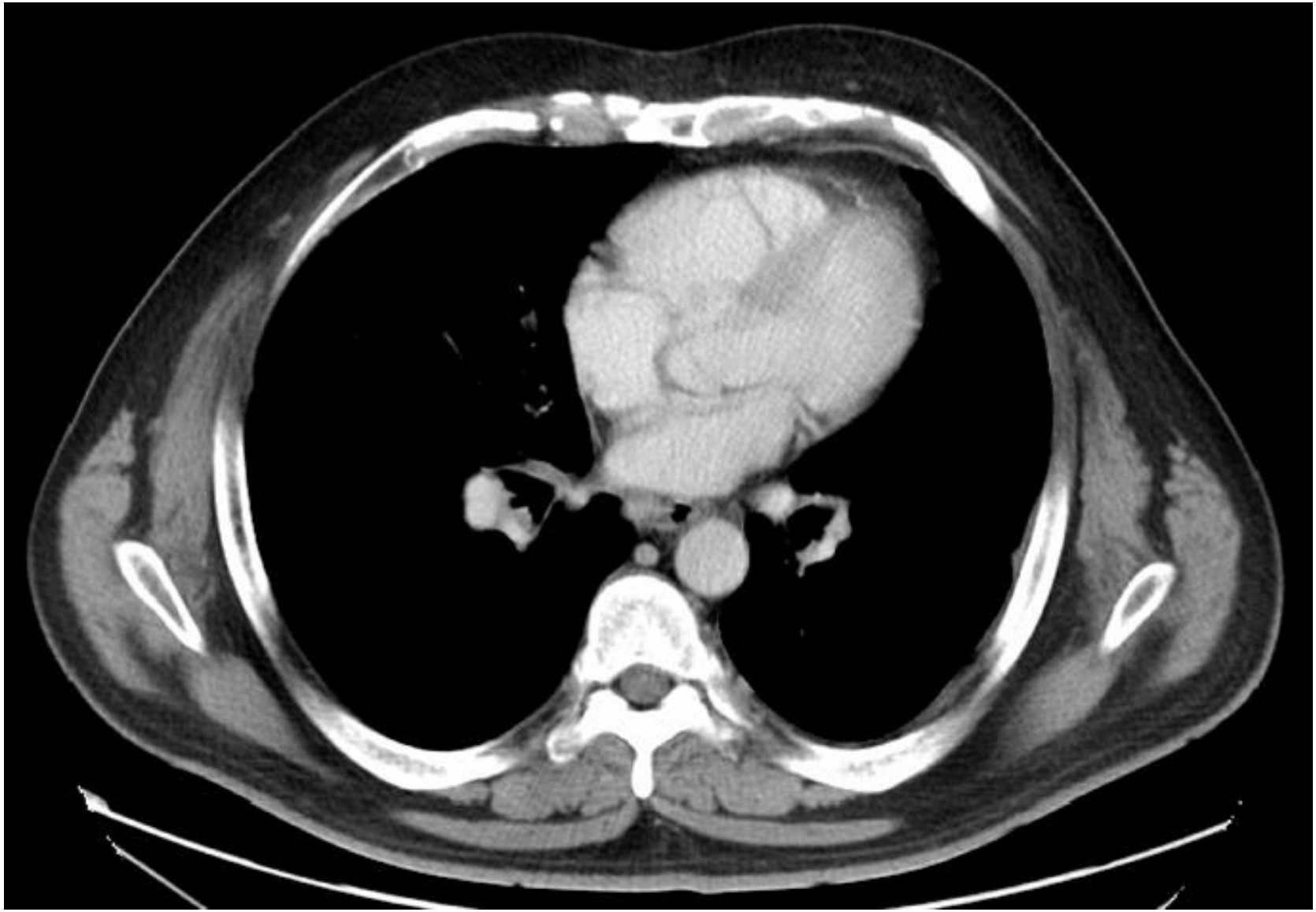
- No complicaciones locales o generales (infecciones, hematomas, íleos, derrames, etc.)
- Estancia hospitalaria: 5 días
- Revisiones: 6 meses y 1 año, libre de complicaciones y vida normal.
  No dolor ni disnea
- Pared abdominal: evaluada como buena. Cicatriz normal y movilidad adecuada. No sensación de rigidez
- Practica deporte regularmente
- Control anual: TC normal. Buen tabique de neodiafragma.



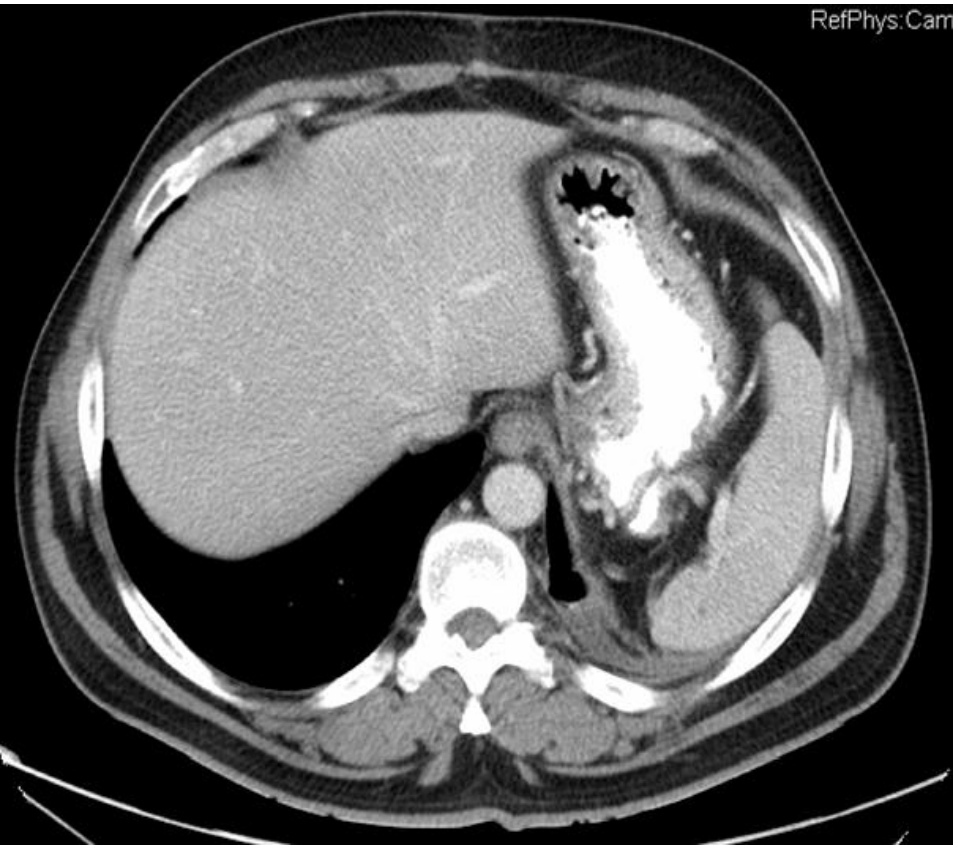
Estudio preoperatorio

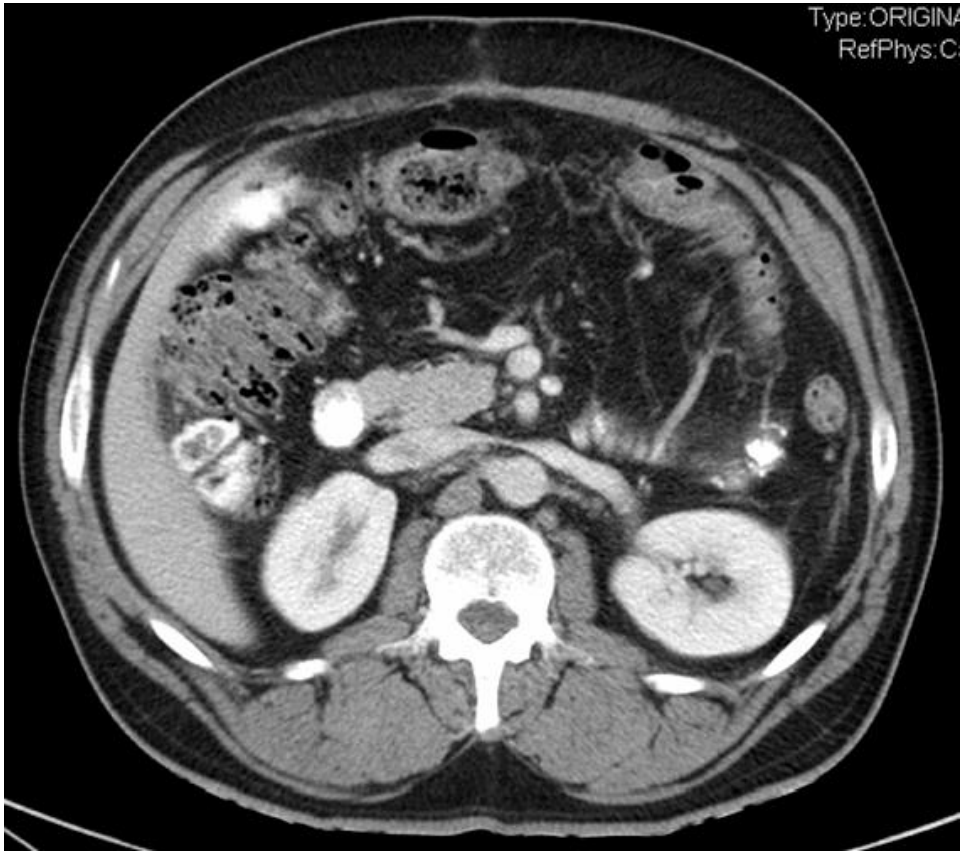


Control postoperatorio comparado: pulmón re-expandido. Contenido abdominal en cavidad. Diafragma completo. Pequeño derrame pleural. Mediastino central con traquea no desplazada.



Hemotórax izquierdo libre de vísceras abdominales. Campo pulmonar normal. No derrames ni condensaciones. Mediastino no desplazado.





Neodiafragma integro. Se aprecia estómago y bazo en su sitio abdominal normal. Asas intestinales y colón en su correcta posición. Mesos normales no torsionados. Pared abdominal antero-lateral normal. No eventración.

Conclusiones

- Centralización de la patología en Unidades de Hernias
- Elección razonada de la malla en función del sitio: tabique sobre abdomen y pulmón (TiMesh)
- Fijación específica. Los pegamentos evitan posibles lesiones sobre pericardio o irritación pleural (Ifabond)