

Nombre:	Ana
Apellido:	Rodríguez Molina
Otros Autores:	Tania Díaz Antonio, Margarita González Fernández, Maria del Mar García Gallardo, María Rodríguez Molina
E-mail:	<a href="mailto:anarodriguezmolina@yahoo.es">anarodriguezmolina@yahoo.es</a>
Hospital:	Hospital Universitario Virgen de la Victoria
Ciudad:	Málaga
Título:	HERNIA INTRAPERICÁRDICA DE ÍLEON INCARCERADA
Presentación:	Paciente de 62 años que acude a Urgencias por dolor epigástrico de 48h de evolución, náuseas y vómitos biliosos. Ocho días antes consultó por caída de 2m de altura golpeándose hemitórax izquierdo. A la exploración presenta mal estado general, ingurgitación yugular y mala perfusión. En la analítica, leucocitosis y aumento de la PCR. La radiografía de abdomen evidencia asas de intestino delgado dilatadas y en localización anómala en el hipocondrio derecho que provocan desplazamiento inferior del ángulo hepático del colon y una hernia diafragmática interpretada como hiatal. El TC de abdomen c/c demuestra la existencia de una hernia diafragmática intrapericárdica de íleon encarcerada que provoca taponamiento cardíaco, apreciándose compresión de cavidades cardiacas derechas y congestión hepática. El paciente es intervenido (hernioplastia diafragmática con resección de íleon encarcerado) y dado de alta a los seis días.
Discusión :	La ruptura del diafragma y herniación de los órganos abdominales transpericárdica suele ocurrir tras un traumatismo contuso. Es una patología rara y de difícil diagnóstico, cuya sospecha clínica se suele omitir por su baja frecuencia, clínica inespecífica y relación temporal variable con respecto al evento traumático que la provocó. Puede causar síntomas abdominales secundarios a la encarceración de las asas en el saco herniario, problemas cardíacos por compresión de las cavidades cardiacas y problemas respiratorios. El TCMC con contraste iv. y reconstrucciones multiplanares es la técnica diagnóstica de elección ya que aporta información necesaria tanto para su diagnóstico como para valorar las complicaciones asociadas y planificar el abordaje quirúrgico. El tratamiento apropiado debe ser la reparación primaria del defecto pericárdico y diafragmático.
Conclusión:	Es importante que los médicos de urgencias tengan en cuenta la posibilidad de hernia diafragmática post-traumática, no sólo en el contexto de un paciente después de un traumatismo agudo, sino también en el caso de paciente con antecedente de traumatismo abdominal contuso.
Bibliografía:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sharma OP. Pericardio-diaphragmatic rupture: five new cases and literature review. The Journal of Emergency Medicine 1999; 17(6):963-68.</li> <li>- Barrett J, Satz W. Traumatic , pericardio-diaphragmatic rupture: an extremely rare cause or pericarditis. The Journal of Emergency Medicine, 2006; 30(2): 141–145.</li> <li>- Reina A, Vidaña E, Soriano P et-al. Traumatic intrapericardial diaphragmatic hernia: case report and literature review. Injury, Int. J. Care Injured 32 (2001) 153–156.</li> <li>- Öz N, Kargı AB, Zeybek A. Co-existence of a rare dyspnea with pericardial diaphragmatic rupture and pericardial rupture: a case report. Kardiochirurgia i</li> </ul>

	Torakochirurgia Polska 2015; 12 (2): 173-175.
Pie de foto:	Fig.1: Radiografía de abdomen en la que se visualizan asas de intestino delgado dilatadas superpuestas a la silueta hepática (flecha), desplazando el ángulo hepático del colon inferiormente, sugestivo de hernia interna. Burbuja de gas supradiafragmática, posible hernia diafragmática (estrella). Fig.2: Hernia diafragmática intrapericárdica de asas de íleon encarcerada (estrella) que comprime cavidades cardiacas derechas. Fig.3: Signos de congestión hepática y trayecto herniario de asas de íleon por delante de la silueta hepática (flecha).