



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. julio 2010; 14(3):

PRESENTACIÓN DE CASO

Hernia diafragmática traumática crónica: a propósito de un caso

Chronic traumatic diaphragmatic hernia: a case report

Joselín Valdés Ferro¹, José Daniel Díaz Díaz².

¹Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Asistente. Hospital Clínico Quirúrgico "León Cuervo Rubio". Pinar del Río. E-mail: joselinvf@princesa.pri.sld.cu

²Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Instructor. Hospital Clínico Quirúrgico "León Cuervo Rubio". Pinar del Río.

RESUMEN

La hernia diafragmática traumática se presenta con relativa frecuencia en cualquier medio y se necesita de un alto índice de sospecha para su diagnóstico, especialmente en los casos de trauma cerrado. Se presenta una paciente operada por esta afección luego de sufrir un trauma cerrado abdominal 16 años atrás, a la que se le encontró una hernia diafragmática izquierda, formada por todo el estómago, colon transverso, bazo y epiplón mayor. Se hace referencia a algunos aspectos de interés sobre esta enfermedad los síntomas que presentó la paciente, los complementarios empleados para llegar al diagnóstico, así como a los principios fundamentales para la reparación de estas lesiones. En dependencia del diámetro del anillo herniario el orificio se puede cerrar con puntos de sutura no absorbible o colocar un material protésico para cubrir el defecto, el abordaje puede ser por vía torácica, abdominal o combinada en dependencia del tiempo de evolución de la misma.

Palabras clave: Hernia diafragmática traumática/complicaciones.

ABSTRACT

Traumatic diaphragmatic hernia is relatively frequent in any conditions and needs a high rate of suspicion to be diagnosed, particularly in the cases of closed trauma. A patient who underwent an operation, due to this affection, after suffering an abdominal closed trauma, 16 years before, presented a left diaphragmatic hernia; it covered the stomach, transverse colon, spleen and the gastrocolic omentum. Some other aspects of interest about the disease and the symptoms were observed. Laboratory findings and the main principles to repair these lesions were taken into consideration to establish the diagnosis. Considering that; the diameter of the hernial ring as well as the orifice can be closed with non-absorbable suture or placing prosthetic material to cover the defect, the approach can be thoracic, abdominal or combined depending on the time of its evolution.

Key words: Traumatic diaphragmatic hernia/complications.

INTRODUCCIÓN

La hernia diafragmática puede presentarse como una anomalía congénita o adquirida, generalmente traumática, existiendo una abertura anormal en el diafragma, esta abertura permite que parte de los órganos abdominales (estómago, bazo, hígado e intestinos) suban hasta la cavidad torácica. La hernia diafragmática congénita se observa en 1 de cada 2,200 a 5,000 nacimientos vivos y la mayoría de los casos afectan el lado izquierdo. El hecho de tener un padre o un hermano con esta afección incrementa ligeramente el riesgo de padecerla.¹

La hernia diafragmática traumática se presenta con una frecuencia que oscila entre 0.8 y 5,8 % en todas las lesiones traumáticas toracoabdominales. La mortalidad general es del 13,7 %. La descripción más antigua que se conoce se debe a Sernectus (s. XIV). Ambroise Parré en el siglo XVI encontró en un soldado francés

herido en combate, que estructuras abdominales habían pasado al tórax a través de un defecto por el cual no pasaba más que el pulpejo del 5º dedo.²

Constituye un reto diagnóstico-terapéutico en los pacientes con un trauma cerrado, manejados de forma conservadora, con riesgo elevado de lesiones diafragmáticas inadvertidas y mayor probabilidad hacia una evolución crónica, lo cual manifestará complicaciones tardías (compromiso de la función respiratoria, necrosis de vísceras abdominales con perforación y sepsis), incrementando la morbilidad y mortalidad hasta en 70 %.

De acuerdo con el tiempo de evolución, las hernias pueden ser agudas o crónicas. De acuerdo con la forma de presentación pueden dividirse en fases:

- *Fase aguda*: la hernia se presenta con el trauma y se diagnostica durante la atención de éste.
- *Fase latente o de intervalo*: la hernia no se diagnostica con el trauma que le da origen y produce pocas o manifestaciones clínicas inespecíficas, que suelen pasar desapercibidas.
- *Fase obstructiva*: generalmente la hernia en etapa crónica se asocia con los signos y síntomas de obstrucción, estrangulamiento y necrosis de vísceras contenidas en ésta.³

Los avances tecnológicos, conflictos y el estrés que la modernidad ofrece a la sociedad contemporánea se reflejan en mayor número de traumatismos, violencia y lesiones por accidentes automovilísticos; por otro lado, las nuevas modalidades de diagnóstico identifican lesiones que antes pasaban desapercibidas, pero aún así estas pueden llegar a presentarse con rangos que van de 10 a 60 %.

Durante la valoración inicial de un paciente traumatizado se pone mayor atención a lesiones más evidentes y con frecuencia se pasa por alto la probabilidad de hernia diafragmática traumática, siendo detectada finalmente días, meses o años después.^{3,4}

Las lesiones no penetrantes del abdomen o tórax producen un aumento de la presión intraabdominal o torácica, causando desgarro en la porción central posterior del diafragma, se producen hernias diafragmáticas traumáticas en el lado izquierdo con mucha mayor frecuencia que en el derecho; el hígado parece proteger el diafragma derecho.

Toda herida del diafragma, independientemente del tamaño y la localización y de si existen o no otras lesiones asociadas, es quirúrgica, por lo tanto, el diafragma debe suturarse.

El tiempo de aparición de una hernia postraumática, que haya pasado desapercibida, depende del tamaño de la herida y de la existencia del incremento de la presión intrabdominal por efecto del trabajo físico o por trastornos por concomitantes. El cuadro clínico generalmente se caracteriza por dolor torácico, disnea, cianosis, inquietud y trastornos digestivos como náuseas y vómitos.

Esta indicada la reparación operatoria tan pronto como lo permita el estado general del paciente. La vía preferida es la de una toracotomía posterolateral izquierda o una incisión abdominal, aunque en ocasiones, se usa la vía toracoabdominal.⁵ En

dependencia del diámetro del anillo este se reparará con sutura no absorbible o se colocará algún tipo de material protésico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 46 años de edad, femenina, raza negra, que acude a nuestro centro porque presentaba un síndrome emético de tres días de evolución y disnea que se interpretó inicialmente como un síndrome pilórico sin sospechar patología herniaria diafragmática; se recogía el antecedente de un accidente automovilístico 16 años atrás donde sufrió trauma cerrado del abdomen.

EXAMEN FÍSICO

Respiratorio: murmullo vesicular ausente en base pulmonar izquierda, donde se auscultan ruidos hidroaéreos timpánicos. Frecuencia respiratoria: 30 por minuto.

Abdomen: doloroso a la palpación en región de epigastrio sin otras alteraciones.

COMPLEMENTARIOS

Se ordenó la radiografía de tórax anteroposterior, de pie, observándose gran nivel hidroaéreo en el hemitoráx izquierdo. (Ver figura 1)



Fig. 1. Hernia diafragmática traumática crónica. A propósito de un caso.

Para comprobar qué órganos estaban herniados en la cavidad torácica, se orientó realizar rayos X de colon por enema y rayos X contrastado de esófago, estómago y duodeno. (Ver figuras 2 y 3)



Fig.2. Colon por enema: Se observa el colon transverso en posición intratorácica.



Fig.3. Rx de esófago, estomago y duodeno: Estomago en posición intratorácica.

Durante la laparotomía exploradora se encuentra hernia diafragmática izquierda con un anillo herniario de 8 cm de diámetro y dentro de la cavidad torácica se encontraba herniado todo el estómago, el bazo, colon transverso y el epiplón mayor, se realiza quelotomía diafragmática, reducción y cierre en un plano con puntos interrumpidos de seda 0. (Ver figuras 4, 5,6)

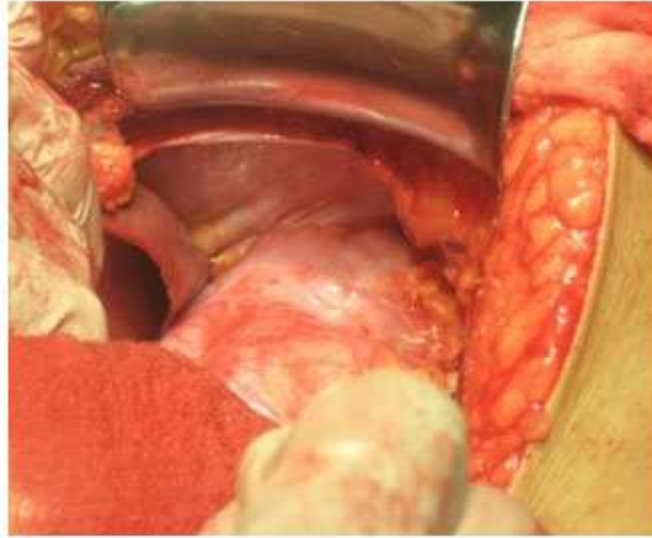


Fig.4. Visceras herniadas a través del hemidiafragma izquierdo.



Fig. 5. Anillo herniario diafragmático.

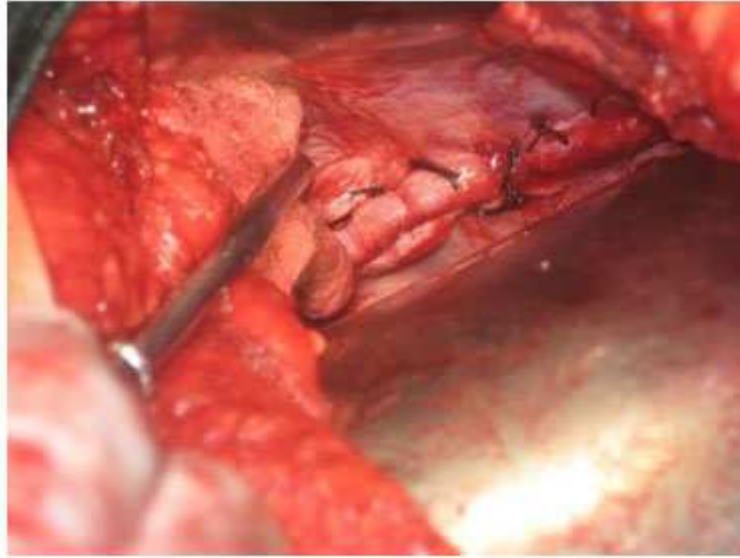


Fig. 6. Reparación del defecto herniario.

Evolución postoperatoria satisfactoria, retirada de la sonda pleural a las 48 horas. Alta médica a los 7 días.

COMENTARIOS

Para el diagnóstico de la hernia diafragmática traumática se necesita de un alto índice de sospecha, contrariamente a lo que muchos piensan, la lesión penetrante es la principal forma de daño diafragmático, en una proporción de 2:1⁷ y su localización más común es el hemidiafragma izquierdo.⁸

Los estudios imagenológicos constituyen la base para el diagnóstico por los que se demuestra la presencia de las vísceras en situación intratorácica.^{9, 10} Se prefieren los estudios contrastados del tubo digestivo, aunque otros métodos son igualmente útiles.^{11,12}

El tratamiento quirúrgico es obligatorio, si bien en la fase crónica se prefiere una toracotomía, mientras que en la aguda es de preferencia la vía transabdominal, excepcionalmente será necesaria una incisión toracoabdominal, se emplea en este caso una incisión transabdominal.

La mayor parte de las hernias diafragmáticas traumáticas están constituidas por 1 solo órgano; sin embargo, en dependencia del tamaño del anillo herniario pueden existir 2 y hasta 3 órganos herniados como el caso que se presenta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto de medicina de los EEUU. Hernia diafragmática. [monografía en internet]. Medline Plus[consultado 15 de mayo 2010]:Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001135.htm>

2. Ratliff-Bueso R, Ayes-Valladares F. Hernia diafragmática traumática crónica y sus complicaciones. Presentación de 6 casos. Rev Med Post Unah [revista en internet]. Enero- Abril, 2000 [citado mayo 2010]; 5(1): Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMP/pdf/2000/pdf/Vol5-1-2000-10.pdf>
3. Olivares-Becerra JJ, Farías-Llamas OA, Candelas-del Toro O, Medrano-Muñoz F, Fuentes-Orozco C, González-Ojeda A. Hernia diafragmática traumática. Cir Ciruj [revista en internet]. Nov.- dic. 2006 [citado 15 de mayo 2010]; 74(6):415-423. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-circir/e-cc2006/e-cc06-6/em-cc066c.htm>
4. Llanos CJ, Paredes SN, Schiappacasse FG, Escalona PA, O`Brien SA. Hernia diafragmática traumática complicada: presentación como íleo mecánico de colon. Rev. chil. radiol. [revista en la Internet]. 2005 [citado 2010 Jun 24]; 11(4): 166-169. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071793082005000400004&lng=es
5. Demetrios D. Injury to the diaphragm. En: Moore EE, Mattox KL, Feliciano DV, eds. Trauma. Philadelphia: WB Saunders; 2006: p.110-42.
6. Carballosa Espinosa L. Hernia diafragmática traumática. Informe de un caso. Arch Cir Gen Dig [revista en internet], 20 Ago 2007 [consultado febrero 2010]; 16, Disponible en: <http://www.cirugest.com/htm/revista/2007/16/2007-08-20.htm>
7. Hood RM. Injuries involving the diaphragm. En: Hood RM, Boyd AD, eds. Thoracic trauma. Philadelphia: WB Saunders; 1989: p. 267-89.
8. Leal Mursulí A, Rodríguez Varela R, del Castillo Puebla G, Bode Sado A, Adefna Pérez R. Hernia diafragmática traumática multivisceral: A propósito de 1 caso. Rev Cubana cir [revista en la Internet]. 1999 Ago [citado 2010 Jun 24]; 38(2): 99-101. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74931999000200007&lng=es
9. Tan KK, Yan ZY, Vijayan A, Chiu MT. Management of diaphragmatic rupture from blunt trauma. Singapore Med J [revista en internet] 2009 [citado febrero 2010]; 50(12): 1150. Disponible en: <http://smj.sma.org.sg/5012/5012a3.pdf>
10. Conde Cueto T, Cepero Pérez I, Olascoaga Pérez F, Rodríguez Pino M. Hernia diafragmática traumática derecha. Reporte de un caso y revisión de la literatura. MediSur [revista en la Internet]. 2010 Abr [citado 2010 enero 24]; 8(2): 60-63. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2010000200011&lng=es
11. Stanton-Maxey KJ, H Scott Bjerke H. Abdominal Trauma, Penetrating. Medicine [on line]. Feb 19, 2010 [citado marzo 2010]. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/433554-overview>
12. Chen HW, Wong YC, Wang LJ, et al. Computed tomography in left-sided and right-sided blunt diaphragmatic rupture: experience with 43 patients. [Case Reports, Journal Article] Clin Radiol 2010 Mar; 65(3):206-12. Disponible en: http://www.unboundmedicine.com/medline/ebm/record/20152276/abstract/Computed_tomography_in_left_sided_and_right_sided_blunt_diaphragmatic_rupture_experience_with_43_patients

Recibido: 28 de Junio de 2010.
Aprobado: 12 de Julio de 2010.

Dr. Joselín Valdés Ferro. Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Asistente.
Hospital Clínico Quirúrgico "León Cuervo Rubio". Pinar del Río. E-mail:
joselinf@princesa.pri.sld.cu. Dirección particular: Edif. 7 Apto 4. Reparto 10 de
Octubre. Pinar del Río. Cuba.