

**Hernia diafragmática traumática
Traumatic diaphragmatic hernia in an adult**

MsC. Ileana Guerra Macías, MsC. José Fong Sinobas y MsC. Geovanis Castilla Castellanos

Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se describe el caso clínico de una paciente de 48 años de edad, quien había sufrido traumatismo toracoabdominal izquierdo cerrado desde hacía 8 meses, la cual fue ingresada en el Hospital "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo" de Santiago de Cuba por presentar dolor abdominal en hipocondrio izquierdo, de un mes de evolución. Los exámenes imagenológicos realizados confirmaron que se trataba de una hernia diafragmática izquierda, con presencia del ángulo esplénico del colon en el hemitórax izquierdo. La fémina fue intervenida quirúrgicamente y egresó sin complicaciones.

Palabras clave: traumatismo toracoabdominal cerrado, hernia diafragmática, intervención quirúrgica, atención secundaria de salud.

ABSTRACT

The case report of a 48-year-old woman is described, who had left blunt thoracoabdominal injury for 8 months and was admitted to "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo" Hospital of Santiago de Cuba to present with abdominal pain in left hypochondrium a month earlier. Imaging tests confirmed a left diaphragmatic hernia with presence of splenic flexure in the left hemithorax. She underwent surgery and was discharged without complications.

Key words: blunt thoracoabdominal injury, diaphragmatic hernia, surgery, secondary health care.

INTRODUCCIÓN

La hernia diafragmática traumática es una lesión infrecuente de alta morbilidad y mortalidad.¹ Representa de 0,8–7 % de los traumatismos toracoabdominales cerrados y de 10-15 % de los penetrantes del abdomen o del tórax.¹⁻³ Esta afección, también conocida como rotura diafragmática traumática y hernia diafragmática aguda,

constituye un indicador de gravedad en el traumatismo cerrado o penetrante toracoabdominal, torácico bajo o abdominal alto.¹

Asimismo, la lesión diafragmática provoca un aumento de la presión intraabdominal y permite que los órganos abdominales pasen al tórax.⁴⁻⁶ Generalmente el lado izquierdo es el más afectado, pues no posee el efecto amortiguador del hígado y las lesiones son de mayor tamaño. Las vísceras herniadas al tórax pueden sufrir complicaciones por estrangulación, isquemia, gangrena, sangrado y perforación.

Motivados por lo infrecuente que resulta esta afección, se presenta el presente caso a la comunidad científica.

CASO CLÍNICO

Se expone el caso clínico de una paciente de 48 años de edad, ingresada en el Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo" de Santiago de Cuba por presentar dolor en el hipocondrio izquierdo, de un mes de evolución, de tipo cólico, de moderada intensidad, que se alivia con antiespasmódicos, a quien se le había diagnosticado en su área de salud, primeramente cólico nefrítico en el lado izquierdo y luego cáncer de colon en ese mismo lado, debido a la pérdida de peso y a la anorexia mantenida.

Esta fémina había sufrido traumatismo toracoabdominal izquierdo cerrado hacía 8 meses, el cual le provocó fracturas en la octava, novena y décima costillas.

Como únicos datos de interés al examen físico se encontró delgadez extrema (46 kg de peso) y dolor en el hipocondrio izquierdo a la palpación profunda, aunque no se percibió la presencia de tumor ni reacción peritoneal.

• Exámenes complementarios

- Hemograma: 10,8 g/L; hematocrito: 0,36; leucocitos: $8,6 \times 10^9/L$
- Coagulograma: valores normales
- Grupo sanguíneo y factor RH: A+
- Creatinina: 95 U/L
- Glucemia: 5,1 mmol/L
- VDRL: no reactiva
- VIH: negativo
- Eritrosedimentación: 46mm/h
- Radiografía de tórax: elevación de hemidiafragma izquierdo, imagen aérea en base izquierda
- Radiografía simple de abdomen: imagen de nivel hidroaéreo en la base del hemitórax izquierdo
- Radiografía de colon por enema: presencia del ángulo esplénico del colon dentro del hemitórax izquierdo y pérdida de la silueta diafragmática izquierda (figura 1).

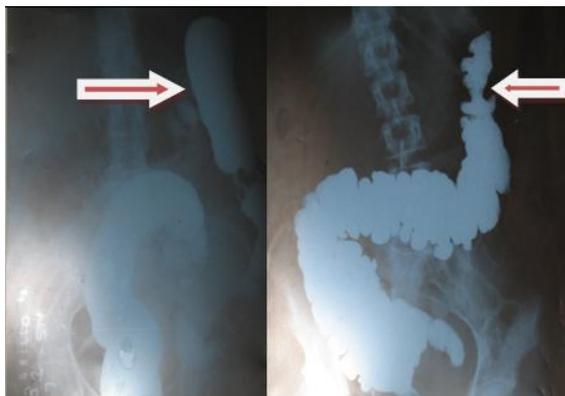


Fig 1. Radiografía de colon por enema (vistas anteroposterior y lateral con colon herniado al tórax

Teniendo en cuenta los resultados de los exámenes imagenológicos se diagnosticó hernia diafragmática izquierda con presencia del ángulo esplénico del colon en el hemitórax homolateral.

La paciente fue trasladada al Servicio de Cirugía General, donde fue operada de forma electiva. Durante el periodo peroperatorio se confirmó la presencia de la viscera abdominal dentro del tórax izquierdo, a través de un orificio herniario de 5 cm (figura 2). No existían adherencias entre el contenido herniario y los órganos de la cavidad torácica, pero fue necesario dilatar el anillo herniario para liberar el colon.

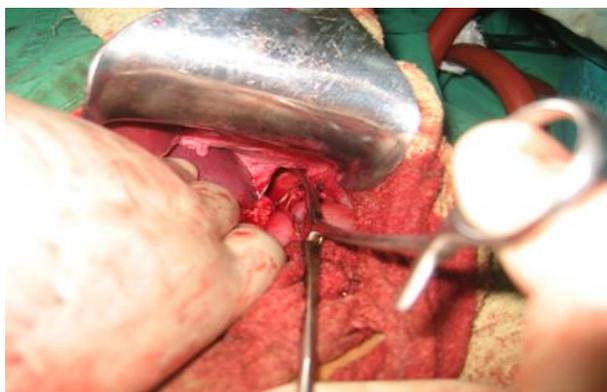


Fig 2. Hernia diafragmática

Se realizó cierre simple de la abertura diafragmática con sutura irreabsorbible (figura 3), lo cual garantizó la negatividad de la presión intrapleurales en forma habitual. La paciente evolucionó satisfactoriamente y egresó a los 3 días.

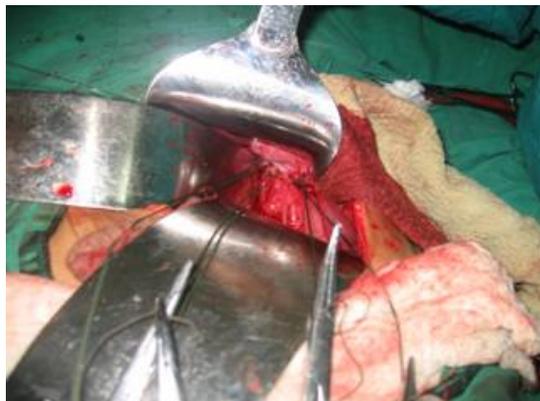


Fig 3. Defecto herniario reparado

COMENTARIOS

En la bibliografía médica nacional e internacional consultada se plantea que la hernia diafragmática traumática se debe a un traumatismo cerrado o penetrante torácico, abdominal o combinado. ¹

Las causas más frecuentes que provocan esta lesión son los accidentes de tráfico, las caídas y las heridas por arma blanca y de fuego. Generalmente, los pacientes asisten a los servicios de emergencias con lesiones graves, ya sean torácicas, abdominales, craneales o periféricas, en las cuales el cirujano centra su atención, de manera que el diagnóstico de rotura diafragmática puede ser subestimado en una primera instancia.

Afecta principalmente a hombres jóvenes, de la tercera década, con una relación hombre-mujer de 4:1. El lado izquierdo del diafragma es el más lesionado y los órganos herniados son, en orden de frecuencia: estómago, omento y colon. ^{3, 5, 7-10}

La lesión diafragmática se divide en 3 etapas: ³⁻⁸ la primera es aguda, donde la lesión diafragmática se manifiesta como dificultad respiratoria aguda, producida por compresión mediastínica; la segunda se manifiesta por síntomas abdominales o respiratorios crónicos e inespecíficos y la tercera por herniación de vísceras abdominales, con compromiso isquémico o sin este.

Según se refiere, los estudios imagenológicos permiten el diagnóstico certero de esta afección. ^{2-5, 7} Así, la radiografía de tórax mostrará desviación contralateral del mediastino, aparente elevación del hemidiafragma afecto, niveles hidroaéreos o gas intraluminal sobre el nivel del diafragma, distorsión o falta de nitidez en el contorno del diafragma; las de esófago, estómago y duodeno, así como la de colon por enema, mostrarán la posición gástrica y de un segmento colónico intratorácicos.

Por su parte, la tomografía computarizada helicoidal es el método de elección en el estudio de pacientes politraumatizados, pues para el diagnóstico de roturas diafragmáticas presenta una especificidad de 100 % y una sensibilidad de 71 %, lo cual también permite evaluar las lesiones torácicas y abdominales asociadas. ^{3, 8, 9}

Al respecto, este estudio mostrará una discontinuidad del hemidiafragma y el hallazgo de vísceras abdominales en el tórax; también son de gran utilidad, si aún persisten las dudas, la resonancia magnética, la laparoscopia y la toracoscopia.⁸⁻¹⁰

El tratamiento siempre es quirúrgico. En la fase aguda se recomienda la laparotomía, debido a la alta asociación con lesiones de otros órganos abdominales; en la crónica, se prefiere el acceso torácico, debido al desarrollo de adherencias entre el contenido herniario y los órganos intratorácicos. Por su parte, el defecto diafragmático pequeño se corregirá con sutura primaria y en el de mayor tamaño se utilizará malla sintética.¹⁰

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cerón Navarro J, Peñalver Cuesta JC, Padilla Alarcón J, Jordá Aragón C, Escrivá Peiró et al. Rotura diafragmática traumática. Arch Bronconeumol. 2008 [citado 18 Ene 2011]; 44:197-203. Disponible en: http://www.doyma.es/bronco/ctl_servlet? f=45&ident=13119539
2. Llanos Paredes N, Schiappacasse G, Escalona A, O'Brien A. Hernia diafragmática traumática complicada. Presentación como íleo mecánico de colon. Rev Chil Radiol. 2005 [citado 18 Ene 2011]; 11(4):166-69. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-93082005000400004&script=sci_arttext
3. Nchimi A, Szapiro D, Ghaye B, Willems V, Khamis J, Haquet L, et al. Helical CT of blunt diaphragmatic rupture. AJR Am J Roentgenol. 2005 [citado 18 Ene 2011]; 184(1):24-30. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15615945?dopt=Abstract#>
4. Vázquez Pérez LA, Rodríguez López Y, Pila Pérez R, Pérez González M. Hernia diafragmática traumática, la gran imitadora: reporte de un caso. Arch Méd Camagüey. 2006 [citado 18 Ene 2011]; 10(5). Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2006/v10n5-2006/2079.htm>
5. Eren S, Kantarci M, Okur A. Imaging of diaphragmatic rupture after trauma. Clin Radiol. 2006 [citado 18 Ene 2011]; 61(6):467-77. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16713417#>
6. Maldonado MD, López CR. Hernia diafragmática traumática: reporte de un caso. Rev Chil Pediatr. 2007 [citado 18 Ene 2011]; 78(1):62-6. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062007000100008
7. Parreira JG, Rasslan S, Utiyama EM. Controversies in the management of asymptomatic patients sustaining penetrating toracoabdominal wounds. Clinics. 2008 [citado 18 Ene 2011]; 63(5). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2664730/>
8. Clarke DL, Grotorex B, Oosthuizen GV, Muckart DJ. The spectrum of diaphragmatic injury in a busy metropolitan surgical service. Injury. 2009 [citado 20 Ene 2011]; 40(9):932-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19539925#>

9. Chughtai T, Ali S, Sharkey P, Lins M, Rizoli S. Update on managing diaphragmatic rupture in blunt trauma: a review of 208 consecutive cases. *Can J Surg.* 2009 [citado 20 Ene 2011]; 52(3):177-81. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19503660#>
10. Paglilla Gastón D, Ale P, Galperin M, Lozano J. Hernia diafragmática traumática. *Rev Argent Resid Cir.* 2009; 14(1):26-29.

Recibido: 23 de mayo de 2011.

Aprobado: 14 de junio de 2012.

Ileana Guerra Macías. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo", Carretera Central, km 21 ½, Melgarejo, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: ileanag@medired.scu.sld.cu