

Presentación de Caso

Hospital clínico quirúrgico “Lucia Iñiguez Landín” Holguín

Presentación de un caso con hernia diafragmática traumática.

Traumatic Diaphragmatic Hernia. A Case Report.

Bárbara Haliberto Armenteros¹, Darlien Rafael Vera Mosqueda², Rafael Vera López³, Juan Carlos Mirabal Requena⁴.

1 Especialista en I Grado en Cirugía General. Profesora Instructora Holguín. Cuba

2 Especialista en I Grado MGI.

3 Especialista II Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar. Holguín .Cuba.

4 Especialista de 1er Grado de MGI. Policlínica Malesa, Santa Clara

RESUMEN

Las hernias traumáticas de los diafragmas son consideradas una entidad rara y a su vez de difícil diagnóstico, destacándose que pueden presentarse en forma aguda, crónica o complicadas, por lo que requiere de un amplio conocimiento para un manejo adecuado, se presenta un caso de un paciente masculino de 51 años con ruptura del hemidiafragma izquierdo y una hernia del intestino delgado sin compromiso vascular secundario a un trauma cerrado toracoabdominal, diagnosticado en la fase aguda (menos de seis horas), operado de urgencia por vía abdominal realizando sutura simple del diafragma con excelentes resultados. Se prefiere la vía abdominal para el tratamiento de estas lesiones.

Palabra clave: hernia diafragmática traumática.

ABSTRACT

Traumatic diaphragmatic hernia is considered an unusual disease with a very difficult diagnosis to confirm, it could be acute, chronic and complicated. Its management should be adequate. This case is a male patient who is 51 years old, he had left diaphragm rupture and a small intestinal hernia, without bad secondary vascular consequences. Surgical treatment was performed through abdominal approach. The results were excellent.

Key words: traumatic diaphragmatic hernia.

INTRODUCCIÓN

Las hernias traumáticas del diafragma son consideradas una entidad rara y aún de difícil diagnóstico. Ha pasado casi un milenio desde que Senartus realizara la primera descripción (post mortem) de una ruptura diafragmática traumática. En 1579 Ambrosio Paré hace la

observación sobre un caso con trauma cerrado de tórax izquierdo (1,2). No es hasta 1853 que Bodwicht hace el primer diagnóstico (pre-mortem) de hernia traumática del diafragma. Y son Riolfi en 1886 y Walter en 1899 quienes la reparan con éxito por primera vez. (3)

En los últimos 50 años se observa a escala mundial un aumento de la frecuencia de las mismas debido al incremento de los accidentes automovilísticos y la violencia urbana, no quedando exenta Cuba (4). Debido a la escasa frecuencia de esta entidad hace que nuestra experiencia sea limitada es por eso que nos propusimos realizar este trabajo luego de conocer la conducta activa que se le otorga al tema en los grandes centros especializados de trauma y en particular al tener nuestra primera experiencia personal de diagnosticar y tratar en fase aguda una hernia diafragmática traumática que tantas veces atendemos en etapas tardías.

PRESENTACIÓN DE CASO

Historia de la enfermedad:

Paciente masculino de 51 años de edad, raza blanca que acude al cuerpo de guardia del Hospital “Lucía Iñiguez Landín” de Holguín por haber sido atacado por un animal de fuerza y haber recibido contusiones en las regiones del tórax, abdomen y pelvis, se quejaba de dolor.

Antecedentes patológicos personales: no referidos y no reportó alergia a medicamentos.

Antecedentes patológicos familiares: ninguno de interés médico.

Examen físico positivo:

Se observaron excoriaciones en las regiones dorso lumbar izquierda, sínfisis del pubis, hemitórax izquierdo y clavícula izquierda con hematoma y crepitación a ese nivel, tensión arterial 130 /90 mmHg, pulso 90 Lat/min.

Aparato respiratorio con murmullo vesicular disminuido hacia tercio inferior de hemitórax izquierdo donde se auscultaban ruidos hidroaéreos, respiración superficial y antálgica. FR: 26 resp/min. Aumento de volumen en la región claviclar izquierda y sínfisis del pubis, hematuria.

Exámenes complementarios de urgencia:

I.- Laboratorio

- Hemoglobina: 110 g/dl
- Grupo y factor: O positivo
- Leucograma 10 000
- Coagulograma: plaquetas: 250 000, coagulo: retractil, T.sangr: 1mint.T.coagulación 6 min.
- Creatinina: 118 mmosl/l
- Glicemia: 4,5mmosl/l

II.- Imagenológicos

- Ultrasonido abdominal. No datos positivos, hígado, bazo, riñones normales, vejiga vacía.
- Radiografía de tórax antero posterior y oblicua izquierda: se constatan en hemotórax izquierdo fracturas costales múltiples y de clavícula, con radiopacidad hacia 1/3 inferior del hemitórax afecto, elevación del hemidiafragma y nivel hidroaéreo en tórax.

Radiografía de pelvis y cadera: no se refieren datos positivos

Cistografía: fractura de uretra posterior

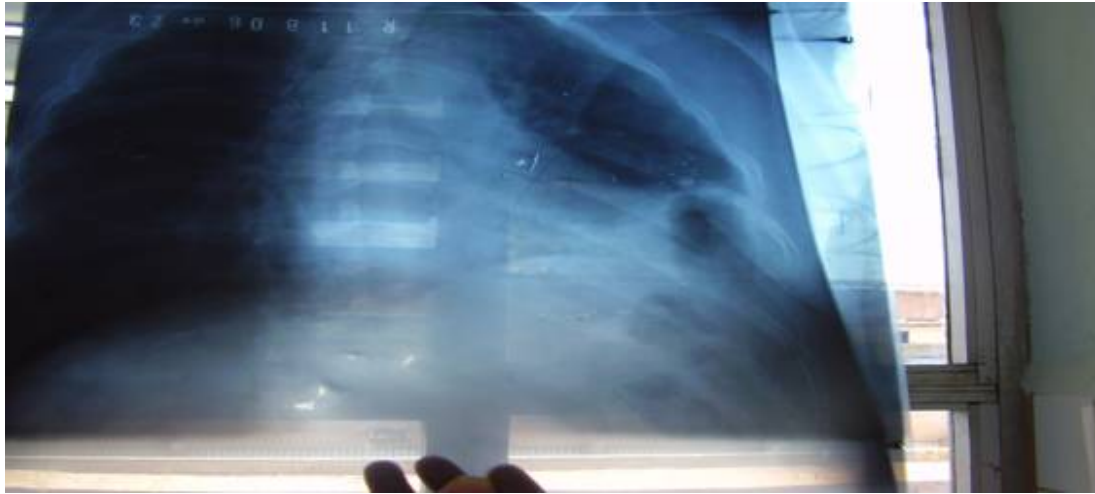


Fig. 1: Radiografía de tórax muestra signos de hernia diafragmática izquierda.

Tratamiento definitivo:

Se decide tratamiento quirúrgico de urgencia. Durante laparotomía se encuentra herida en hemidiafragma izquierdo de aproximadamente 6cm. con intestino delgado herniado sin compromiso vascular. Se reduce contenido herniado, se comprueba integridad de la cavidad torácica y de sus órganos, se repara herida diafragmática realizando cierre simple con puntos de colchonero sutura no absorbible, no fue necesario utilizar material protésico en la reparación debido el tamaño de la lesión y firmeza del tejido, se realizó pleurotomía mínima media izquierda. El paciente evoluciona satisfactoriamente y se egresa a los diez días sin complicaciones.

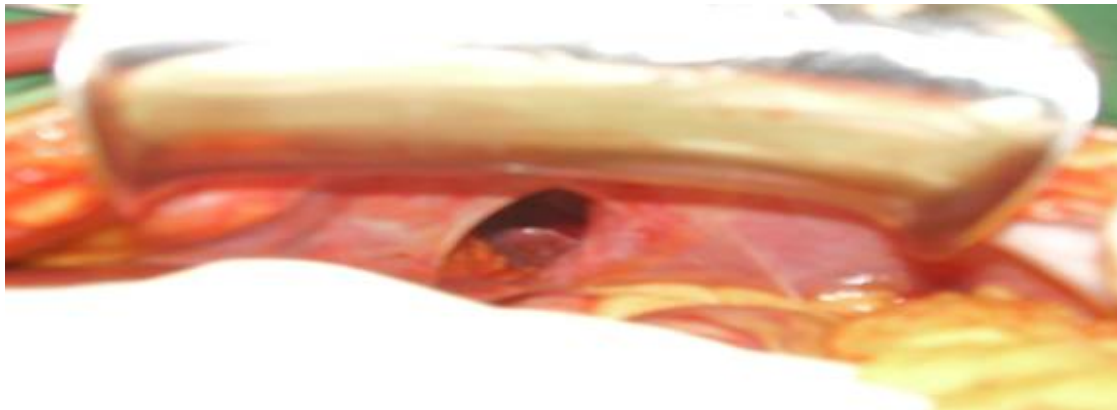


Fig.2: Herida del hemidiafragma izquierdo.

DISCUSIÓN

La ruptura del diafragma en el trauma cerrado es el resultado de un cambio súbito en la presión diferencial pleuroperitoneal, provocando cambios de presión que conjuntamente con los movimientos del diafragma favorecen la formación de hernia gradual de los órganos. La literatura informa que el hemidiafragma izquierdo en los traumas cerrados es afectado con una frecuencia de tres o cuatro veces mayor en comparación con las del lado derecho debido a la acción

protectora del hígado (1). Analizados los reportes encontrados en la literatura consultada, las lesiones del diafragma por traumas cerrados son consideradas como un indicador de gravedad del trauma, y exhiben una tasa de mortalidad del 7% a 42% relacionadas con lesiones asociadas (2,4).

Bowditch describió criterios para el diagnóstico de las hernias diafragmáticas traumáticas, los cuales se encuentran con este grado de precisión en la mayoría de los casos (1,3).

1. Prominencia e inmovilidad del hemitórax izquierdo.
2. Desplazamiento del área de matidez cardiaca a la derecha.
3. Ausencia de ruidos respiratorios sobre el hemitórax izquierdo.
4. Presencia de ruidos intestinales en el hemitórax izquierdo.
5. Timpanismo a la percusión en el hemitórax izquierdo.

Es importante señalar que esta clasificación fue de gran utilidad para el diagnóstico temprano y conducta en nuestro paciente quien cumplía con los signos en casi su totalidad.

Clásicamente se han descrito tres fases en la historia natural de las hernias diafragmáticas traumáticas con base en el tiempo de presentación (1,3).

1. La fase aguda inmediata luego del accidente donde se encuentran síntomas, signos y hallazgos agudos.
2. La fase de intervalo o crónica, donde desaparecen las manifestaciones agudas y aparecen las crónicas.
3. La fase de obstrucción y estrangulación.

En las grandes series norteamericanas y europeas se reportan una incidencia de hernias diafragmáticas por traumas cerrados en el 60-80% de los casos. Manssur (5) encuentra un predominio del 75% de traumas cerrados con respecto 15 % de traumas abiertos. Al analizar nuestro caso coincidimos plenamente con Salisbury (6) quien analiza una casuística de 14 años con un franco predominio en el sexo masculino, una media etaria de 44 años (18-81) y un diagnóstico en la fase aguda en 24 pacientes.

La asociación americana de cirujanos del trauma ha propuesto la siguiente clasificación para las lesiones del diafragma según el grado de descripción de la herida. (7, 8).

- I. Contusión
- II. Laceración menor de 2 cm.
- III. Laceración 2 a 10 cm.
- IV. Laceración mayor de 10 cm. con pérdida de tejido ≤ 25 cm.
- V. Laceración con pérdida de tejido > 25 cm.

El diagnóstico de éstas es difícil y constituye un verdadero reto para el cirujano joven, se recomienda ante todo mantener un alto índice de sospecha en los pacientes con traumas contusos.

En relación con el diagnóstico no existen estudios que puedan ser considerados como prueba dorada, el 50% son diagnosticados en el quirófano y el otro 50 % por la paraclínica pero a veces resulta difícil (9). El manejo quirúrgico depende de las lesiones asociadas, de la etapa al diagnóstico, del tamaño de la lesión que en ocasiones requiere del empleo de materiales protésicos para su reparación. El abordaje puede ser por vía torácica o abdominal. A la hora de

seleccionar la vía de acceso en nuestro caso tuvimos en consideración el consenso unánime de los autores consultados quienes recomiendan la vía abdominal como la de elección para la fase aguda ya que permite una adecuada reducción, abordaje, tratamiento de la(s) víscera(s) afectada(s) y reparación del diafragma con tratamiento de las lesiones asociadas. (9, 10 ,11)

CONCLUSIONES

El diagnóstico de la hernia diafragmática debe de incluir un alto índice de sospecha, la radiografía de tórax puede ser un complementario de gran utilidad, se prefiere la vía de abordaje abdominal en los casos agudos; la torácica según las lesiones asociadas y el tiempo de evolución ya que en muchas ocasiones se hace necesario liberar las adherencias al pulmón y reparar la hernia con material protésico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asensio JA, Demetriades D, Rodríguez A. Lesiones del diafragma. En: Trauma editado por KL Mattox, DV Feliciano, EE Moore. Cuarta edición. McGraw-Hill Interamericana. México DF, 2002.2
2. Hsu YP, Chen RJ, Fang JF, Fin BC. Blunt diaphragmatic rupture in elderly patient. Hepatogastroenterology 2005; Nov-Dec: 52(66):1752-8.
3. Healy DG, Veerasingam D, Luke D, Wood AE. Delayed discovery of diaphragmatic injury after blunt trauma: report of three cases. Surg Today.2005;35(5):407-10.Links
4. Bergeron E, Clas D, Ratté S, et al. Impact of deferred treatment of blunt diaphragmatic rupture: a 15-year experience in six trauma centers in Quebec. J Trauma 2002; 52:633-640
5. Manssur KA. Trauma to the diaphragm. Chest Surg Clin N Am 1997; 7: 373-383
6. Salisbury S, Chifflet J, Martínez JL, Roturas del diafragma .Cir. Uruguay 1997; 67: 129-133
7. Reber PU, Schmied B, Seiler CA, Baer HU, Patel AG, Buchler MW. Missed diaphragmatic injuries and their –long term sequelae. J Trauma 1998; 44: 183-188
8. Moore E, Malangoni MA, Cogbill TH, Shackford SR, Champion HR, Jurkovich GJ, et al. Organ injury scaling IV: Thoracic vascular, lung , cardiac, and diaphragm. J Trauma 1994; 36: 299-300
9. González RJA, Escobedo VMM, Zapata Ch H A. Lesiones traumáticas del Diafragma. Cirujano General 1995; 17: 94-99
10. D'Angelica M, Morgan, Barba C. Trauma del Diafragma. Impresora Feriva Colombia, Sociedad Panamericana del trauma. Rodríguez A Ferrada R 1997; 136(2): 6775
11. Jarry J, Razanfindratsira T, Lepront D,Pallas G, Eggenspieler P, Dastes FD. Tension faecopneumothorax as the rare presenting feature of a traumatic daphragmatic hernia. Ann Chir.2006 Jan: 131(1):48-50.

Correspondencia: Dra. Bárbara Haliberto Armenteros. Calle Mártires 110 % Frexes y Martí. Holguín. Cuba. Correo electrónico: barbara.haliberto@fcm.hlg.sld.cu

[Indice Anterior Siguiente](#)