



HERNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA

*Paglilla Gastón Daniel,¹ Ale Paula,² Galperin María,³ Lozano Juan,⁴
Hagen Luciana,⁴ Figueroa Marcelo.⁵*

Del Servicio de Cirugía General del Hospital Luisa C. de Gandulfo,
Buenos Aires, Argentina.

Resumen

Presentación del caso de un paciente masculino que ingresa al servicio de guardia presentando hernia diafragmática izquierda, con cuadro clínico compatible con oclusión intestinal y antecedente de lesión por proyectil de arma de fuego en hemitórax izquierdo hace 8 años. Al cual se le realizan como procedimientos terapéuticos en forma sucesiva, colostomía transversa en asa, luego toracotomía / reparación del defecto herniario y por ultimo cierre de colostomía.

Presentación de Caso

Paciente de 33 años que consulta por dolor abdominal generalizado, de 72 hs de evolución, asociado a vómitos entéricos reiterados y ausencia de catarsis por 48 hs.

En cuyos antecedentes se describe la presencia de herida de arma de fuego en hemitórax izquierdo con colocación de tubo de avenamiento pleural hace 8 años.

Al ingreso se realizan múltiples imágenes radiológicas donde se observan signos de oclusión intestinal, así como también la ocupación aérea del seno costodiafragmático izquierdo (Fig 1).

Se implementa tratamiento médico inicial con sonda nasogástrica, hidratación parenteral y ayuno, decidiéndose posteriormente la conducta quirúrgica que consiste en la confección de colostomía transversa en asa en región de hipocondrio derecho con finalidad descompresiva.

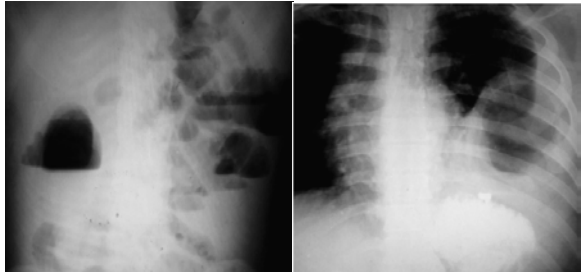


Figura 1. Radiografías de abdomen y torax con signos de oclusión intestinal y ocupación aérea del seno costodiafragmático izquierdo

El paciente presenta una evolución postoperatoria aceptable, con posterior externación a los cinco días.

En forma ambulatoria se realizó TAC de torax y abdomen con contraste oral evidenciándose la presencia del colon transversa a nivel torácico (Fig 2).

Se programa cirugía a los tres meses de la intervención previa, en la cual se realiza la toracotomía anterolateral izquierda, reducción herniaria, frenorrafia y avenamiento pleural, con externación al 5º día, persistiendo la colostomía a modo de protección la cual fue cerrada luego de 2 meses.

¹ Jefe de Residentes

² Residente de 4º año

³ Residente de 3º año

⁴ Residente de 2º año

⁵ Jefe de Servicio

Correspondencia: gastonpaglilla@yahoo.com.ar

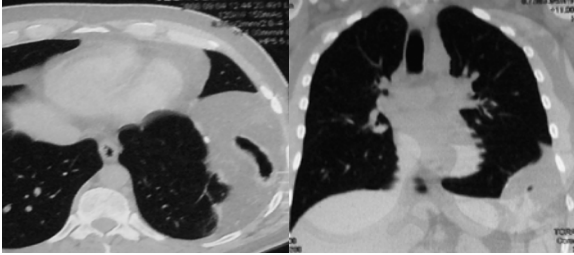


Figura 2. TAC de torax que evidencia la presencia del colon a nivel torácico

Discusión

Hipócrates fue el primero en describir las heridas diafragmáticas y en mencionar la posibilidad de una hernia diafragmática.

Luego, en 1541, Sennertus, describe esta complicación, al hallar en una necropsia de un hombre que había recibido una herida de arma blanca 7 meses antes, el estómago herniado en el tórax a través de una brecha diafragmática.

Ambrosio Pare, describió la primera lesión diafragmática por herida de arma de fuego acompañada de una hernia de colon en el tórax.

En 1853, Bodwitch establece el diagnóstico clínico de una hernia diafragmática traumática.

Revisando la literatura mundial desde 1610 hasta 1886 se encontraron 88 casos publicados de hernias diafragmáticas, la mayoría de origen traumático.

La primera operación fue realizada por Riolfi en 1886, que presentaba epiplón herniado en tórax.

Por último, Walker, en 1899, opera el primer caso de esta complicación ocasionado por un traumatismo cerrado.

En la actualidad, el trauma representa un problema de salud pública de suma importancia, tanto en Argentina como en cualquier país del mundo, con graves repercusiones de índole médico, como también social y económico.

El incremento de las altas velocidades de desplazamiento en rutas terrestres, la multiplicación del transporte aéreo, el crecimiento de las actividades industriales, la generalización de las actividades deportivas y el aumento de la violencia, tanto individual como colectiva, rasgo característico de nuestros días, son todos factores que contribuyen a aumentar progresivamente el número de traumatismos.

Con respecto al tema a tratar, los traumatismos de la región toracoabdominal, tanto abiertos como cerrados, pueden producir lesiones del diafragma que se acompañan o no de una migración de vísceras abdominales al tórax; en el primer caso constituyen una hernia diafragmática traumática. La definición más completa de esta complicación sería: *“La hernia diafragmática consiste en el pasaje al tórax, inmediato o tardío en relación con el momento del traumatismo, de una o más vísceras abdominales, como consecuencia de la acción directa o indirecta, brusca o crónica, de un agente traumático.”*

La causa más frecuente son los traumas cerrados toracoabdominales a consecuencia de accidentes de tránsito. El traumatismo es siempre severo, excepcionalmente puede tratarse de un accidente leve o, incluso faltar todo tipo de antecedente traumático en la historia clínica. Se trata, por lo tanto, de impactos que afectan a zonas extensas del cuerpo, tórax, abdomen, pelvis, miembros y extremidad craneoencefálica. Es corriente encontrar como lesiones asociadas, fractura de costillas, de las vísceras torácicas (hemoneumotórax), pelvis, o abdominales (rotura de bazo, hígado).

Las lesiones diafragmáticas persisten siendo un desafío diagnóstico. En muchos casos el diagnóstico es obvio en una

HERNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA

radiografía de tórax o una tomografía axial computada (TAC), pero en otras requerirán ante imágenes más sutiles la realización de estudios más complejos. Debido a la frecuencia de lesiones asociadas graves las lesiones diafragmáticas pasan desapercibidas, con lo que (de sobrevivir los pacientes) pueden presentar sintomatología alejada por lesión diafragmática no diagnosticada, y por ende, no resuelta.¹

Es deseable el diagnóstico temprano y su resolución. Desde que se implementan conductas conservadoras en las lesiones del hígado y del bazo. Aumenta entonces la importancia de poder detectar las lesiones con técnicas no invasivas.

Los accidentes de tránsito son los responsables máximos de la rotura de diafragma que se presenta en un 4% (0,8 % al 8 %) de los traumatismos torácicos cerrados.²

El 86% de los accidentados son hombres.

El 81% de los casos la lesión recae en el lado izquierdo. Ello tal vez sea por el efecto buffer del hígado protegiendo el lado derecho. También se puede deber con subdiagnóstico de la lesión derecha.

Las lesiones bilaterales y la extensión a la porción central tendinosa es infrecuente (2 % al 6 %).³

La mayoría de las lesiones por trauma cerrado son mayores a los 10 cm, posterolaterales, entre sus inserciones lumbares y costales. Más raramente pueden ocurrir en la porción central, o en la inserción costal, de modo trasverso. La más rara de todas es la desinserción costal periférica.

Las lesiones por trauma penetrante son más pequeñas (habitualmente 1 a 3 cm) y la distribución es al azar.

La relación entre las hernias diafragmáticas traumáticas y el total de hernias diafragmáticas varía entre un 5 % para Marchamel sobre 260 casos, y un 12 % para Harrington sobre 600 casos.

Clasificación Etiopatogénica

Inspirados en la clasificación propuesta por Harrington para las hernias del diafragma por orificios no naturales, y sumando conceptos de otros autores, exponemos la siguiente clasificación de las hernias diafragmáticas (tabla 1).

El mecanismo de producción del traumatismo diafragmático, es una elevación brusca de la presión intraabdominal con estallido de la cúpula, la acción cortante de un fragmento de costilla o la violenta distensión del músculo.

Las lesiones diafragmáticas sin hernia se pueden resolver tanto del tórax como del abdomen.

Cada vía de abordaje tendrá sus zonas más difíciles, pero en general es más simple por vía torácica, con la salvedad que permite explorar un hemidiafragma por toracotomía. He allí un rol importante de la toracoscopia o videotoracoscopia.

En el caso de las hernias diafragmáticas traumáticas se deben explorar desde el abdomen, puesto que de allí provienen las vísceras migradas, y requieren el control intraabdominal de las potenciales lesiones que puedan tener.

En el caso de haber lesiones torácicas se han de explorar por toracotomía independientemente de la laparotomía.

Conclusiones

La hernia diafragmática si bien puede presentarse de manera aguda, en algunos casos los síntomas pueden diferirse por largo tiempo, inclusive años después.

Tabla 1. Clasificación etiopatogénica de las hernias diafragmáticas.

| | | | | | |
|---|--|------------------------|--|-----------------------|------------|
| Traumatismos propiamente dichos. | Por violencia externa. | Traumatismos abiertos. | Herida por arma blanca. | | Heridas |
| | | | Herida por arma de fuego. | | |
| | | | Otros elementos penetrantes. | | |
| | | Traumatismos cerrados. | Directos (heridas por fragmentos costales) | | Estallidos |
| | | | Indirectos | Compresión abdominal. | |
| Compresión torácica. | | | | | |
| Por esfuerzos musculares (maniobras de Valsalva, accesos bruscos de tos) ⁵ | | | | | |
| Postquirúrgicos. | Dehiscencia de la sutura de incisiones diafragmáticas. Decúbitos (tubos de avenamiento, etc) Iatrogenia (al colocar tubos de avenamientos pleurales) | | | | |
| Otra patología. | Infecciones generales de localización diafragmática. Migración de abscesos o de hidátides a través del diafragma. | | | | |

La conducta terapéutica adoptada dependerá en cada caso del tiempo transcurrido desde el traumatismo, así como de las características anatómicas de la lesión.

En todo traumatismo toracoabdominal se deberá sospechar el desarrollo de esta entidad, ya que su resolución inmediata reducirá la morbilidad del enfermo.

Bibliografía

1) Campana JM. Diafragma. En Ferraina P, Oria A. Cirugía de Michans. 5º ed. El Ateneo. Buenos Aires. 2000.
 2) lochum S, et al. Imaging of diaphragmatic injury: a diagnostic challenge? Radiographics. 2002; 22:S103-S116.

3) Shanmuganathan K, et al. Imaging of diaphragmatic injuries. J Thorac Imaging 2000; 15: 104-11.
 4) Gómez MA. Traumatismos de Tórax. El Ateneo. Buenos Aires 1987; pp.372-404.
 5) Kallay N, et al. Massive left diaphragmatic separation and rupture due to coughing during an asthma exacerbation. South Med J 2000; 93:729-731.
 6) Lenriot JP; et al. Traitement chirurgical des ruptures traumatiques du diaphragme. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris- France) Techniques chirurgicales. Appareil digestif. 40-240, 1994. pp.1-2.