

HERNIA DIAFRAGMÁTICA POSTRAUMÁTICA COMPLICADA

*Gustavo J. A. Mantovani** MAAC, *Daniel Valeri***, *Marcelo Caro****, *Héctor Ríos **,
*Jorge Caro*****

DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL HOSPITAL "SAN VICENTE DE PAUL", ORAN, SALTA, ARGENTINA

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico inicial de una lesión diafragmática es difícil, sea en el trauma penetrante como en el contuso, reportándose una incidencia en su presentación del 10 al 15% en trauma penetrante¹⁻⁵. La mortalidad de estas lesiones varía de acuerdo al mecanismo de producción y al tiempo de evolución de la hernia, reportándose índices del 20% al 80% de mortalidad, pero si consideramos las hernias diafragmáticas traumáticas de presentación tardías complicadas con estrangulación visceral la mortalidad se centra entre el 60 y 80% según las series^{4,5}.

CASO CLÍNICO

Varón de 43 años de edad derivado del interior con un cuadro de 72 horas de evolución con diagnóstico de neumonía izquierda complicada por derrame pleural. Antecedente: traumatismo de toracoabdominal por herida de arma blanca hace 7 años, a nivel de 7º espacio intercostal línea axilar posterior izquierda, por lo cual se colocó drenaje pleural izquierdo. Ingresó por guardia en mal estado general, con disnea, dolor en hemitórax izquierdo, dolor cólico difuso abdominal, náusea y vómitos. En el examen físico; se encontraba vigil, en ortopnea, cianosis periférica, deshidratado grave, taquipnea de 30 por minuto, taquicárdico 110 por minuto, presión arterial de 90/60 mmHg, ingurgitación yugular bilateral, hemitórax izquierdo hiperinsuflado, con

ausencia del murmullo vesicular, abdomen asimétrico con distensión marcada en hemiabdomen derecho, timpánico con ausencia de ruidos hidroaéreos. Se realiza laboratorio que muestra leucocitosis (25.000 blancos) con falla pre renal, radiografía de tórax (Figura 1); y Rx abdomen de pie (Figura 2). Se realiza reanimación inicial con fluidos, ATB y se decide conducta quirúrgica de urgencias. Se realiza laparotomía exploradora, se constata peritonitis purulenta generalizada, brecha diafragmática izquierda con herniación del epiplón mayor y colon transverso, con compromiso isquémico, gangrena del sector derecho del transverso (Figura 3), se procede a realizar toracotomía anterolateral izquierda constatando piotórax múltiples adherencias, perforación del colon transverso herniado en hemitórax izquierdo, infarto de epiplón mayor, colapso total de pulmón izquierdo. Se realiza liberación y reducción a cavidad abdominal del colon y epiplón, se procede a lavar cavidad pleural, se cierra brecha diafragmática con nylon (Figura 4), luego se procede a realizar hemicolectomía derecha ampliada, por el compromiso isquémico extenso de colon transverso, ileostomía terminal a lo brooke, colostomía distal (cabos divorciados), lavado de cavidad abdominal y se decide abdomen abierto y contenido. Pasa a UTI, se lava en 4 oportunidades y se cierra cavidad abdominal, presentando a los 10 días piotórax tabicado izquierdo por lo cual se realiza nuevamente toracotomía con debridamiento, decorticación temprana y drenaje pleural izquierdo bajo agua. Presenta buena evolución postoperatoria con una estadía de 30 días.

* Cirujano de planta.

** Jefe del Servicio de Cirugía General.

*** Concurrente del Servicio de Cirugía General.

**** Instrumentador quirúrgico.

Recibido el 12/12/2011.

Aceptado el 21/11/2012.



FIGURA 1
Rx de tórax con nivel hidroaéreo izquierdo

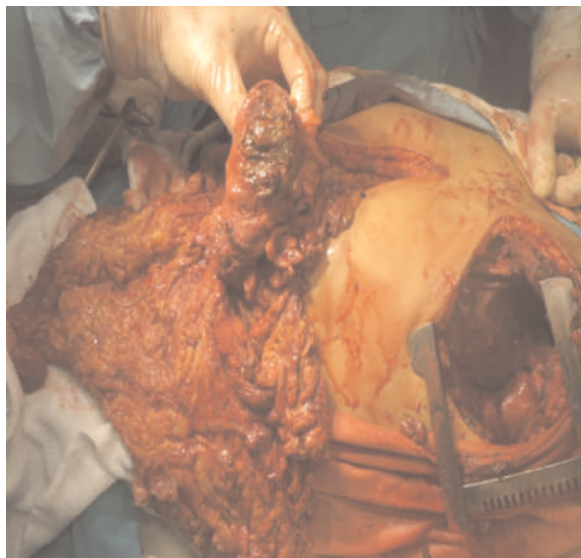


FIGURA 3
Laparotomía, toracotomía anterolateral y perforación de colon transverso



FIGURA 2
Rx de abdomen de pie



FIGURA 4
Brecha diafragmática izquierda, vista abdominal

COMENTARIO

Las hernias diafragmática traumáticas por traumatismo penetrantes son frecuentes en nuestro medio, con una relación 3:1 con respecto al trauma cerrado, se debe tener un alto índice de sospecha para su diagnóstico en la etapa inicial ya que con los métodos de imágenes entre el 10 y 60% se puede arribar a su diagnóstico^{2, 3, 5}. En

nuestro servicio con la implementación de protocolos en trauma se diagnosticó en forma temprana las hernias diafragmáticas traumáticas ya que realizamos sistemáticamente laparoscopia diagnóstica en los traumatismos toracoabdominales penetrantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Reber PU, Scmied B, Seiler CA, et al. *Missed Diaphragmatic injuries and their long-term sequelae*. J Trauma. 1998; 44: 183-188.
2. Lerner Ch. A, Dang Hai, Kutilek RA. *Strangulate traumatic diaphragmatic hernia simulating a subphrenic abscess*. J Emerg Med. 1997; 15: 849-853.
3. Sing S, Kalan M, Moreyra C, Buckman RF. *Diaphragmatic Rupture presenting 50 year after the traumatic event*. J Trauma. 2000; 49, 156-159.
4. Kulstad EB, Pisano MV, Shirakbari AA. *Delayed presentation of traumatic diaphragmatic hernia*. J Emerg Med. 2003; 24: 455-457.
5. Valdez Ferro J, Díaz JD. *Hernia diafragmática traumática crónica: a propósito de un caso*. Rev Ciencias Médicas. 2010; 14: 23-26.