

Hernia diafragmática postraumática de presentación en fase catastrófica

Gral. Brig. M.C. Mauro **Soto-Granados**,* Tte. Cor. M.C. José Arturo **Meneses-Cervantes****

Hospital Central Militar Regional de Acapulco, Guerrero.

RESUMEN

Las hernias diafragmáticas postraumáticas son poco frecuentes. Su diagnóstico puede ser difícil en las fases de intervalo y catastrófica, en este último caso se asocian a elevada morbilidad. Se informa el caso de un paciente masculino con una hernia diafragmática consecutiva a herida penetrante toracoabdominal por arma blanca; su presentación clínica inicial fue en fase catastrófica de inicio súbito. Un año después de haber sufrido una lesión aislada e inadvertida del hemidiafragma izquierdo, desarrolló obstrucción, estrangulación, gangrena y perforación del ángulo esplénico del colon herniado al tórax. Su abordaje fue toracoabdominal; se efectuó lavado de cavidad pleural, decorticación pulmonar, reducción de la hernia, reparación del diafragma, resección del intestino gangrenado y colostomía. Su evolución fue satisfactoria.

Palabras clave: Hernia diafragmática postraumática, herida penetrante toracoabdominal, trauma de diafragma.

Diaphragmatic posttraumatic hernia of presentation in catastrophic phase

SUMMARY

The post-traumatic diaphragmatic hernias are rare. His diagnosis can be difficult in the stages of interval and catastrophes, in the latter case are associated with high death. It is reported the case of a male patients with a diaphragmatic hernia consecutive to thoracoabdominal penetrating wound by knife. His initial clinical presentation was in catastrophes stage with sudden beginning. One year after having suffered an isolated and inadvertent injury in the left hemidiaaphragm, he develops obstruction, strangulation, gangrene and perforation of the herniated colon splenic angle to the thorax. His approach was thoracoabdominal, was performed cavity pleural wash, pulmonary decortication, reduction of the hernia, repair of the diaphragm, bowel gangrene resection and colostomy. Its evolution was satisfactory.

Key words: Post-traumatic diaphragmatic hernia, thoracoabdominal penetrating wound, diaphragm trauma.

Introducción

Las lesiones inadvertidas por trauma del hemidiafragma izquierdo darán lugar en el curso del tiempo a una hernia. Existen tres fases en la historia natural de las hernias diafragmáticas traumáticas de acuerdo al momento de su presentación:

- Fase aguda: comprende las primeras dos semanas consecutivas a la lesión.
- Fase de intervalo o crónica: asintomática o con síntomas inespecíficos.

- Fase catastrófica: en la que se hacen evidentes las complicaciones de obstrucción y estrangulamiento del segmento abdominal herniado.^{1,2}

El diagnóstico puede ofrecer algunas dificultades susceptibles de retrasar el tratamiento quirúrgico, lo cual es particularmente crítico en la fase catastrófica, ya que es factible que por estas circunstancias se incremente en forma importante la morbilidad.^{3,4}

La resolución quirúrgica puede ser por vía abdominal, torácica o combinada. Se ha recomendado la vía abdominal en la fase aguda y para la fase de intervalo la vía torácica; el

* Jefe Regional del Servicio de Sanidad, IX Región Militar. Acapulco, Gro. ** A/C Urgencias, Hospital Central Militar.

Correspondencia:

Dr. Mauro Soto-Granados

Av. Ruiz Cortínez s/n Col. Alta Progreso, Acapulco, Gro. C.P. 39610, México, D.F. Tel.: 445-6504

Recibido: Octubre 27, 2008.

Aceptado: Diciembre 10, 2008.

abordaje toracoabdominal debe emplearse cuando existen lesiones o patología agregada en ambas cavidades.^{5,6}

Se informa el caso de un paciente con una hernia diafrágica consecutiva a una herida por arma blanca, que produjo una lesión aislada inadvertida del hemidiafragma izquierdo, cuyo diagnóstico se realizó en fase catastrófica un año después de ocurrida la lesión. El abordaje quirúrgico fue combinado y los resultados finales satisfactorios.

Caso clínico

Paciente del sexo masculino de 25 años de edad, militar, conductor de vehículos, que se presentó al Servicio de Urgencias del Hospital Militar Regional de Chilpancingo, Gro., con un cuadro clínico de aproximadamente 3 horas de evolución caracterizado por inicio súbito de dificultad respiratoria progresiva y malestar abdominal difuso, al que se agrega posteriormente ataque al estado general y fiebre. No reveló otros antecedentes clínicos de importancia. Ingresó con TA de 130/80, FC 115, FR 35 x min, temp. 38.5 °C., mucosas deshidratadas, disminución del murmullo respiratorio en hemitórax izquierdo, abdomen con discreta distensión y dolor generalizado a la palpación media y profunda, sin datos de irritación peritoneal. No se consignaron otros datos de relevancia en la exploración física. Una biometría hemática mostró Hb de 15, Hto de 46 y 19,000 leucocitos. Una radiografía toracoabdominal mostró opacidad de casi todo el campo pleuropulmonar izquierdo con un nivel hidroaéreo en el centro de la opacidad, así como asas de intestino delgado dilatadas en abdomen (*Figura 1*).

Fue hospitalizado con el diagnóstico de neumonía izquierda y probable absceso pulmonar, iniciándose tratamiento con líquidos parenterales para hidratación, penicilina cristalina y gamicina. Las molestias abdominales y las asas de intestino delgado dilatadas que se observaron en la radiografía



Figura 2. Cicatriz de la herida por arma blanca.

se atribuyeron a fenómeno reflejo por la patología pulmonar. Después de un breve intervalo de mejoría, en las siguientes 8 horas la evolución del paciente fue tórpida; se incrementó la distensión y el dolor abdominal, agregándose obstipación; se acentuó la disnea y taquipnea, la frecuencia cardíaca aumentó a 125 por minuto y la temperatura a 39.5 °C. Se solicitó evaluación por cirugía, encontrándose en la exploración una cicatriz antigua de aproximadamente 1.5 cm de longitud en la pared lateral izquierda del tórax, a la altura del 7° espacio intercostal y línea axial media (*Figura 2*). Se interrogó al paciente respecto a esta cicatriz, informando que aproximadamente un año antes, había sufrido una herida por arma blanca que él consideró era superficial, ya que en el centro de salud donde fue atendido lo suturaron y que, salvo algunas molestias leves durante aproximadamente tres días, había permanecido asintomático hasta ese momento y realizando sus actividades normales sin restricción. Considerando este antecedente, se estableció entonces el diagnóstico presuntivo de hernia diafrágica postraumática complicada con probable estrangulación intestinal.

Se instaló cobertura con triple esquema de antibióticos (ampicilina, gamicina y metronidazol) y se efectuó laparotomía exploradora urgente, encontrando herniación diafrágica y estrangulamiento del ángulo esplénico del colon, siendo imposible su reducción atraumática a la cavidad abdominal, advirtiéndose además isquemia grave en los márgenes del segmento herniado y escurrimiento de líquido fecaloide a través del orificio herniario; por lo que se amplió la incisión hacia el hemitórax izquierdo. El segmento de colon estrangulado había sufrido gangrena y perforación, condicionando contaminación de la cavidad pleural con escurrimiento fecal, habiéndose desarrollado además paquipleuritis (*Figura 3*). Se controló la fuga de materia fecal del colon; se lavó exhaustivamente la cavidad pleural con solución fisiológica e isodine espuma y se efectuó decorticación pulmonar. Enseguida se redujo el colon a la cavidad abdominal ampliando el orificio herniario del diafragma. Se reparó el diafragma con puntos en U de polipropileno del No. 1; se colocó sonda pleural y se cerró la toracotomía. A continuación se resecó el segmento de colon gangrenado y

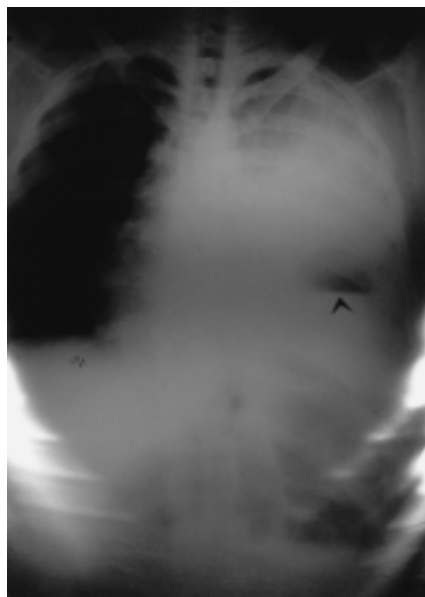


Figura 1. Gran opacidad en hemitórax izquierdo con nivel hidroaéreo. Asas de intestino dilatadas.



Figura 3. Necrosis del ángulo esplénico del colon.



Figura 4. Abordaje toracoabdominal. Colostomía y fístula mucosa.

se realizó colostomía y fístula mucosa, cerrando finalmente la pared abdominal (*Figura 4*). La evolución postoperatoria transcurrió sin complicaciones, el esquema de antibióticos se mantuvo durante una semana, al 5° día se retiró la sonda pleural y el tránsito intestinal se restableció a los tres meses.

Discusión

Las hernias diafrágicas postraumáticas pueden ser consecutivas a traumatismos cerrados o penetrantes. Las lesiones inadvertidas del diafragma se reportan con una frecuencia de 12 a 60% de los politraumatizados, principalmente en aquellos con trauma cerrado y que no son sometidos a exploración quirúrgica.^{6,7}

En 10 a 15% de las lesiones penetrantes bajas de tórax ocurre perforación diafrágica. La lesión aislada del diafragma por trauma toracoabdominal penetrante es muy rara, pero suele presentarse en heridas por arma blanca.^{1,6}

La herniación de las vísceras abdominales al tórax, después de la lesión diafrágica, puede ser inmediata o paulatina en el curso de semanas, meses y aun años, dependiendo del tamaño inicial y mecanismo de la lesión.^{2,8}

Los defectos amplios del diafragma son poco susceptibles de desarrollar incarceration, en este sentido, son mucho más peligrosos los defectos pequeños. Cuando no ocurre herniación inmediata, como es en el caso de las raras lesiones diafrágicas aisladas, consecutivas a heridas por arma blanca, penetrantes y pequeñas, es común que la lesión pase inadvertida; en estos casos, las vísceras abdominales se herniarán lentamente en el curso del tiempo por efecto del gradiente de presión entre el tórax y el abdomen; bajo estas circunstancias el riesgo de desarrollar complicaciones graves se incrementa notablemente. El retraso del diagnóstico hasta la fase catastrófica (obstrucción y estrangulación) se asocia a una morbilidad elevada que puede alcanzar hasta 40%.^{1,2,4}

Aunque poco frecuentes previamente, la incidencia de las hernias diafrágicas postraumáticas se está incrementando, debido a la mayor ocurrencia de accidentes de tráfico y violencia criminal. En orden de frecuencia las vísceras abdominales susceptibles de sufrir herniación a través de lesiones diafrágicas son: estómago, epiplón, intestino delgado, colon y bazo.^{3,4}

El diagnóstico preoperatorio de una lesión diafrágica, en cualquiera de sus fases (aguda, de intervalo o catastrófica), requiere de un elevado nivel de sospecha clínica, con base en el antecedente de trauma toracoabdominal (actual, reciente o remoto), el mecanismo de lesión, las manifestaciones clínicas, y una exploración física metódica.^{1,5,7} Debe tenerse presente, que aun traumatismos toracoabdominales aparentemente triviales y muy antiguos, pueden tener como secuela una hernia diafrágica inadvertida.^{2,3} Un auxiliar diagnóstico de gran utilidad, rápida y sencilla obtención, es una radiografía de tórax, en la que puede advertirse elevación del hemidiafragma, opacidad basal del campo pleuropulmonar de diversa magnitud y niveles hidroaéreos en el tórax; no obstante, de 25 a 50% de las radiografías iniciales son normales.^{6,8} Cuando las condiciones del paciente y la disponibilidad de recursos lo permiten, se podría confirmar el diagnóstico mediante estudios con material de contraste (serie esofagogastroduodenal, tránsito intestinal y colon por enema), TC torácica, RM torácica y laparoscopia (esta última puede ser diagnóstica y terapéutica). Es imprescindible realizar el diagnóstico a la mayor brevedad, puesto que el retraso terapéutico en la fase catastrófica puede conducir a la muerte del paciente en un lapso menor a 8 horas.^{1-3,5}

En el caso documentado, encontramos la evolución típica de una lesión aislada inadvertida del hemidiafragma izquierdo por arma blanca. Una lesión torácica lateral baja, que en su aspecto externo es pequeña, que desde su origen y por un lapso muy corto sólo da lugar a síntomas leves por lo que el paciente la considera intrascendente, transcurriendo un año totalmente asintomático a pesar de realizar cotidiana-

namente las actividades físicas propias de la vida militar. Al presentarse la fase catastrófica, ésta es de inicio súbito y fulminante, para entonces el paciente ha olvidado incluso el antecedente traumático, puesto que no lo asocia con las molestias que presenta y por tanto no lo informa al médico de primer contacto en el servicio de urgencias; recuerda la lesión sólo hasta que se le interroga específicamente sobre la pequeña cicatriz que se le detecta en el tórax. Existe también una omisión en la exploración inicial, ya que pasa inadvertida la cicatriz de la herida por arma blanca dado su tamaño y localización. El conjunto de todas estas circunstancias, tuvo como consecuencia el retraso de cuando menos ocho horas, para establecer el diagnóstico y tratamiento correcto. Aun cuando el resultado final fue satisfactorio, de haberse hecho el diagnóstico adecuado desde el ingreso, es probable que el abordaje hubiese sido sólo abdominal y que no hubiera habido necesidad de efectuar resección intestinal. La decisión de ampliar la incisión al tórax estuvo condicionada por la dificultad para reducir el colon herniado en forma traumática, la percepción de que el segmento herniado presentaba isquemia irreversible y advertir escurrimiento de líquido fecaloide a través del orificio herniario. Al abordar la cavidad torácica fue posible lavarla exhaustivamente, ya que se encontraba con gran contaminación y efectuar la decorticación pulmonar; finalmente, la reducción del colon gangrenado se simplificó notablemente al tener el control de ambas cavidades (abdominal y torácica).

Comentario

Se ha presentado la evolución clínica característica de una lesión sumamente rara, esto es, la lesión aislada inadvertida del hemidiafragma izquierdo por herida pene-

trante de arma blanca, que tuvo como consecuencia el desarrollo de una hernia diafragmática de presentación en fase catastrófica, por estrangulación del ángulo esplénico del colon. Se enfatiza la exploración física cuidadosa e interrogar específicamente antecedentes traumáticos, particularmente al detectar cicatrices por intrascendentes que parezcan, con objeto de realizar un diagnóstico correcto y oportuno. La vía de abordaje quirúrgico en las hernias diafragmáticas postraumáticas está determinada por las circunstancias de cada caso en particular; es factible realizar incluso abordaje combinado (toracoabdominal) en situaciones complejas, con lesiones o patología en ambas cavidades, sin mayor morbilidad, siempre y cuando la técnica quirúrgica sea depurada.

Referencias

1. Padilla GMA, Guerrero GVH, Hagerman RGG, Vizcarra DA. Trauma de diafragma: Experiencia de 11 años en el Hospital Central Militar. *Cir Gen* 2001; 23: 229-333.
2. Olivares BSS, Farías LOS, Candelas TO, Medrano MF, Fuentes OC, González OA. Hernias diafragmáticas traumáticas. *Cir Ciruj* 2006; 74: 415-23.
3. González CR, Sanjuán RS, Gómez MH, Santamaría OJI. Hernia diafragmática de aparición tardía. *Cir Pediatr* 2002; 15: 38-40.
4. Gómez SG, Fibla AJJ, Farías RC, Carvajal CA, Penagos JC, Estrada SG, León GC. Lesión diafragmática traumática. Revisión de 8 casos. *Arch Bronconeumol* 2002; 38: 455-7.
5. Navarro RF, Páramo AR, Pérez RA, Cicero SR. Patología basal derecha de causa por determinar. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex* 2006; 19: 222-4.
6. Fibla JJ, Gómez G, Farina C, Penagos JC, Estrada G, León C. Corrección de una hernia diafragmática postraumática por vía torácica. *Cir Esp* 2003; 74: 242-4.
7. Rodríguez GHM, Schleske RA. Ruptura diafragmática: un caso pasado por alto. *Trauma* 2003; 6: 28-33.
8. Sánchez LR, Ortiz GJ, Vega ChGR. Estrangulación gástrica secundaria a hernia diafragmática traumática. Presentación de un caso. *Rev Med Hosp Gen Mex* 2001; 64: 162-6.

