

Cartas al Director

Obstrucción intestinal por hernia diafragmática posterolateral derecha incarcerada

Palabras clave: Obstrucción intestinal. Hernia diafragmática traumática. Traumatismo torácico.

Key words: Intestinal obstruction. Traumatic diaphragmatic hernia. Chest trauma.

Sr. Director:

Una hernia diafragmática es una protrusión visceral a través de un defecto diafragmático. La migración visceral se produce desde el abdomen hacia el tórax debido a la diferencia de presiones entre ambos compartimentos. Las hernias diafragmáticas se clasifican según su origen en congénitas y adquiridas, entre las primeras destacan: la hernia de Bochdalek, la hernia de Morgagni y la hernia peritoneopericárdica, entre las adquiridas se distinguen las lesiones traumáticas o quirúrgicas del nervio frénico y los traumatismos diafragmáticos (1). Entre el 60-70% de las rupturas traumáticas del diafragma afectan a la cúpula izquierda y el 30-40% a la derecha alegando el efecto protector de la masa hepática para explicar la menor cantidad de lesiones derechas (2,3).

La ruptura traumática del diafragma se observa en el 0,2-4% de pacientes hospitalizados por contusión torácica y/o abdominal tras accidente de tráfico, caída desde un lugar elevado, aplastamiento por derrumbamiento, etc. (2-4).

Hasta en el 10-20% de las rupturas no se detecta en la fase aguda, al tratarse de una ruptura demasiado pequeña que se va agrandando progresivamente y puede pasar inadvertida y manifestarse de forma tardía, hasta 50 años después del traumatismo de forma casual en una técnica de imagen por otro motivo o de-

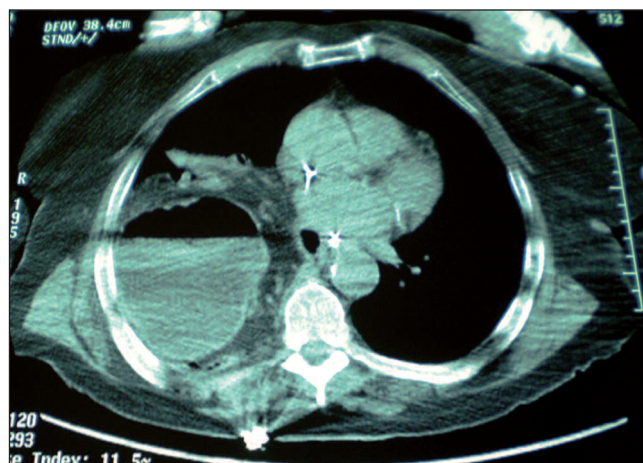


Fig. 1. a. TC tórax: hernia diafragmática derecha.

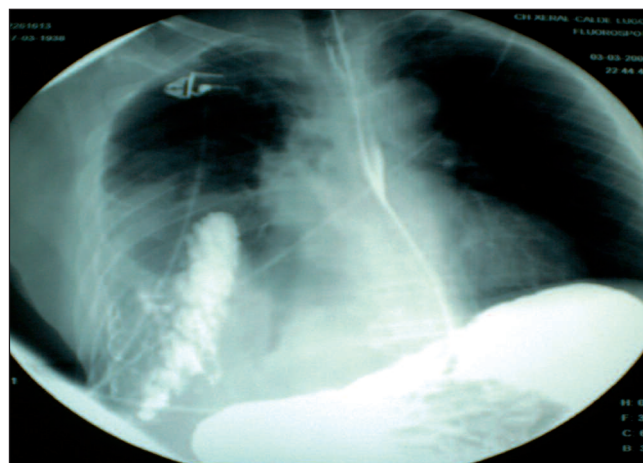


Fig. 1. b. Tránsito gastrointestinal: hernia diafragmática derecha.

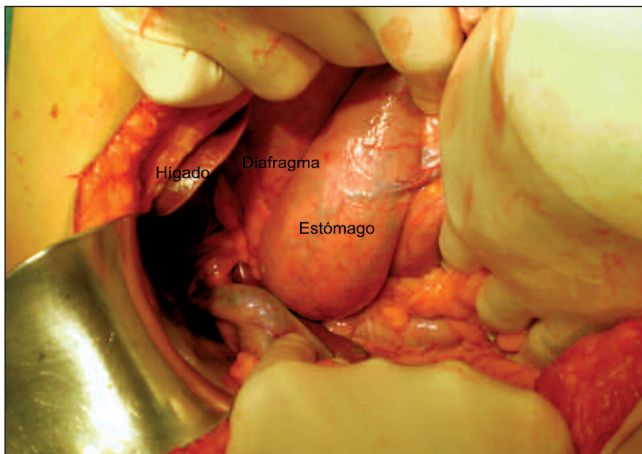


Fig. 2. a. Hernia diafragmática posterolateral derecha.

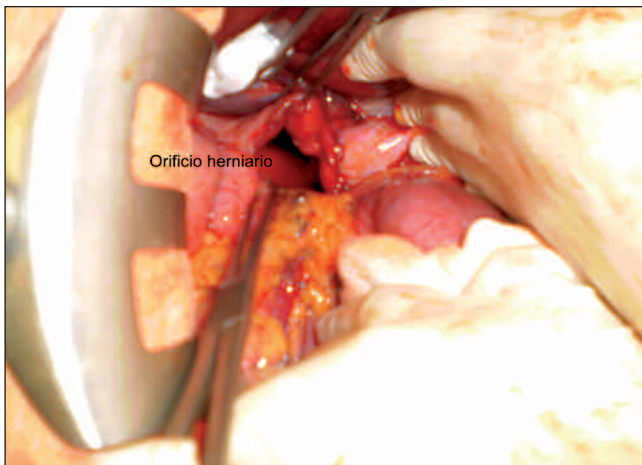


Fig. 2. b. Defecto diafragmático fibroso.

bido a la aparición de epigastralgia, dolor torácico inespecífico o con menor frecuencia por estrangulación de la misma (2,4).

Se presenta un caso de una mujer anciana intervenida de hernia diafragmática derecha incarcerada.

Paciente de 71 años con antecedentes de ingreso por cuadro de vómitos persistentes y malestar general etiquetado de pancreatitis crónica, que refiere caída casual de un árbol hacía tres años. Acude a urgencias por un cuadro de una semana de evolución de vómitos incoercibles.

En la exploración se objetiva insuficiencia respiratoria secundaria a restricción pulmonar, presentando un abdomen con molestias difusas a la palpación profunda, no masas ni visceromegalias.

Pruebas complementarias: En la analítica presenta 15.400 leucocitos con neutrofilia (83%). La radiografía de tórax muestra ocupación de hemitórax derecho. Ante dichos hallazgos se realiza TC tóraco-abdominal (Fig 1a) y tránsito gastrointestinal (Fig 1b), que son sugestivos de hernia diafragmática con paso

difícil del contraste al resto distal gástrico herniado a través del diafragma, y reentrada al abdomen también estenótica. Ante la sospecha de hernia diafragmática derecha complicada se interviene de urgencia, realizándose laparotomía media supraumbilical con el hallazgo de un defecto diafragmático posterolateral derecho de 4 cm de diámetro a través del cual se desplazan hacia el tórax el tercio distal gástrico, epiplon y colon derecho (Fig. 2). Se procede a la ampliación del orificio herniario y reducción del contenido objetivando que dichas estructuras se encuentran encarceradas pero sin signos de compromiso vascular. Se realiza reparación diafragmática mediante doble sutura continua irreabsorbible monofilamento.

El postoperatorio cursó satisfactoriamente. Siete meses después de la cirugía la paciente permanece asintomática.

Discusión

La ruptura traumática de la cúpula diafragmática derecha es infrecuente y todavía más la manifestación tardía de la misma en forma de hernia encarcerada. Ante la sospecha clínico-radiológica la indicación quirúrgica es obligada ya que existe el riesgo evolutivo de vólvulo de víscera abdominal ascendida (2,5).

La presencia de lesiones abdominales en un elevado porcentaje de casos recomienda de entrada un abordaje abdominal, mediante el cual se solventan los problemas abdominales y se repara el diafragma. Cuando la ruptura es del diafragma derecho, se prefiere un abordaje torácico, y si el tratamiento es diferido muchos autores aconsejan abordaje torácico, a fin de desprender las adherencias a las vísceras torácicas. Sin embargo existe controversia cuando el paciente presenta clínica aguda años después de sufrir el traumatismo, donde un abordaje abdominal facilita la valoración de la viabilidad y posible resección de los órganos recientemente estrangulados (6).

R. González López, M. I. Pérez Moreiras, E. Iglesias Porto, P. Montoto Santomé, M. R. Guillán Millán, A. E. Álvarez Gutiérrez, I. Monjero Ares y F. Arija Val

*Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo.
Complejo Hospitalario Xeral Calde. Lugo*

Bibliografía

1. Torres García AJ, Sánchez-Pernaute A, Pérez Aguirre E. Hernias diafragmáticas. Manual de la AEC 2005; 17: 167-73.
2. Favre JP, Cheynet N, Benoit L, Favoulet P. Tratamiento quirúrgico de las rupturas traumáticas del diafragma. EMC, Técnicas Quirúrgicas Digestivo; 2005. p. 40-240.
3. Mihos P, Potaris K, Gakidis J, et al. Traumatic rupture of the diaphragm: experience with 65 patients. Injury 2003; 34: 169-72.
4. Guth AA, Patcher HL, Kim U. Pitfalls in the diagnosis of blunt diaphragmatic injury. Am J Surg 1995; 170: 5-9.
5. Andrus CH, Morton JH. Rupture of the diaphragm after blunt trauma. Am J Surg 1970; 119: 686-93.
6. Fibla JJ, Gómez G, Farina C, et al. Corrección de una hernia diafragmática postraumática por vía torácica. Cir Esp 2003; 74: 242-4.