

Cartas al Director

Abdomen agudo secundario a hernia diafragmática postraumática

Palabras clave: Hernia diafragmática. Abdomen agudo. Dilaceración. Traumatismo abdominal.

Key words: Diaphragmatic hernia. Acute abdomen. Dilaceration. Abdominal trauma.

Sr. Director:

La hernia diafragmática postraumática es una dilaceración del diafragma secundaria habitualmente a un traumatismo cerrado o penetrante de la cavidad abdominal o torácica. La rotura diafragmática se produce en el 5% de los traumatismos tóraco-abdominales severos (1). De ellas, el 45-60%, presentan herniación de vísceras abdominales la cavidad torácica, fundamentalmente colon, estómago, intestino delgado, bazo, etc. (2) con presentación clínica inmediata, precoz o tardía (4). Los signos y síntomas tanto abdominales como respiratorios son variados: dolor abdominal, distensión abdominal, náuseas, vómitos, disnea, etc. En el 90% de los casos se produce en el hemidiafragma izquierdo posiblemente por el efecto amortiguador que el hígado realiza en el hemidiafragma derecho (1).

Caso clínico

Presentamos un caso de una mujer de 78 años alérgica a cefuroxima y con antecedentes personales de hipoacusia, osteoporosis, hernia hiatal y dolor neuropático secundaria a politraumatismo por accidente de tráfico.

Acude al servicio de urgencias por dolor abdominal difuso de 2 días de evolución acompañado de náuseas, vómitos y sensación distérmica. En la exploración física destaca la presencia

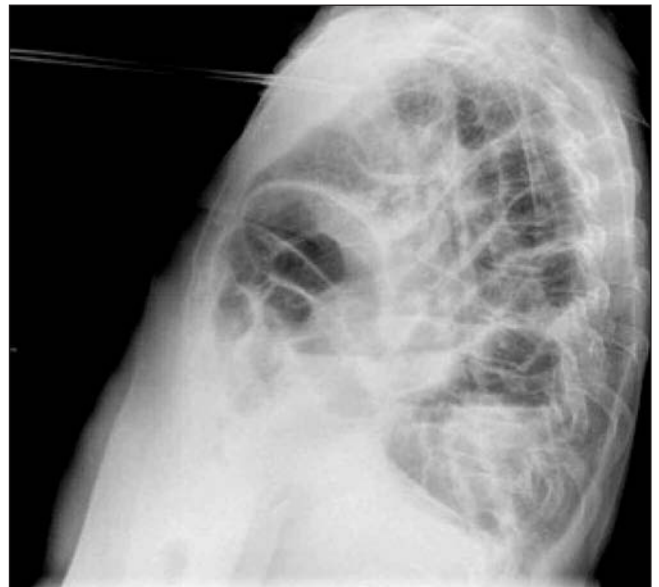


Fig. 1. Radiografía de tórax en la que se puede observar asas de intestino delgado en hemitórax izquierdo.

de dolor abdominal a la palpación en hipocondrio izquierdo con defensa generalizada, sin peritonismo e hipoventilación marcada en hemitórax izquierdo. Se realiza analítica urgente, de la que destaca una marcada leucocitosis con desviación a la izquierda y una radiografía de tórax y abdomen en la que puede apreciar la presencia de asas de intestino delgado con niveles hidroaéreos ocupando el hemitórax izquierdo compatible con hernia diafragmática (Fig. 1). Con este resultado radiológico se decide completar el estudio mediante una TC confirmando la presencia de asas de intestino delgado y grasa mesentérica en hemitórax izquierdo sin signos de complicación. Tras el diagnóstico se realiza intervención quirúrgica urgente diferida. Mediante un abordaje de la cavidad abdominal por laparotomía media supraumbilical, observamos un defecto de la totalidad del hemidiafragma izquierdo pudiéndose ver el corazón sin pericardio apoyado en el paquete intestinal (Fig. 2). Se reduce el

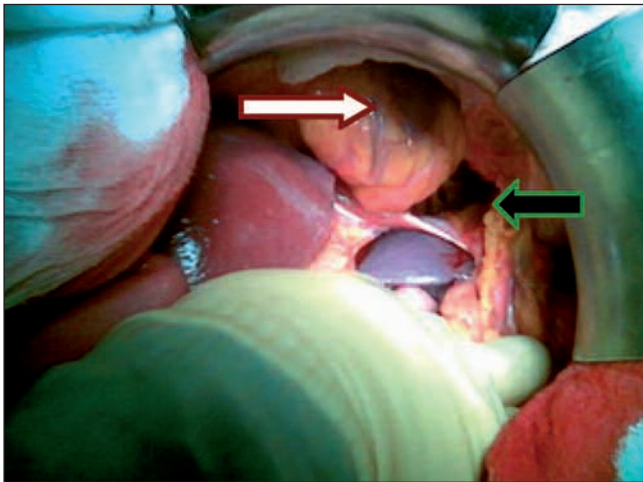


Fig. 2. En esta imagen se puede apreciar el defecto diafragmático de todo el hemidiafragma izquierdo (flecha negra) y el corazón deslizando hacia la cavidad abdominal con ausencia de pericardio (flecha blanca).

contenido herniario (fundamentalmente asas de intestino delgado y epiplón mayor) a la cavidad abdominal tras comprobar la viabilidad intestinal permitiendo la expansión del pulmón izquierdo colapsado. Cierre del pericardio con puntos sueltos de seda de nº 00. y cierre simple del hemidiafragma izquierdo con seda del nº 2. La paciente evoluciona favorablemente durante el postoperatorio. El alta hospitalaria se produce al 13º día tras la intervención quirúrgica.

En el caso particular de esta paciente la hernia diafragmática fue secundaria a un politraumatismo de alta energía con debut clínico-sintomático tardío.

Discusión

La incidencia de las hernias diafragmáticas postraumáticas ha aumentado en el último siglo, en relación fundamental con el

aumento de los accidentes de tráfico e industriales (4). Se debe sospechar esta patología, en pacientes con traumatismos abdominales y/o torácicos de alta energía aunque sean remotos en el tiempo, y que presenten síntomas y signos respiratorios y/o abdominales. Son diagnósticos diferenciales la colecistitis aguda, la pancreatitis aguda, la perforación duodenal ulcerosa o el infarto de miocardio, entre otros. La prueba de imagen diagnóstica fundamental es la radiografía de tórax (4). A veces es necesaria la realización de un TC, RMN para confirmar el diagnóstico. El tratamiento es quirúrgico, reducción del contenido herniario, resección intestinal cuando sea necesaria y cierre del defecto herniario con sutura irreabsorbible (5).

J. Pérez Grobas, M. Berdeal Díaz, M. Alvite Canosa, M. Seoane Vigo, S. López García, L. Alonso Fernández, P. de Llano Monelos y C. A. Gómez Freijoso

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Bibliografía

1. Ospino-Saumett G, Martínez-Barbosa P, Valverde-Robert R. Vólvulo gástrico intratorácico a hernia diafragmática izquierda crónica postraumática. *Acta Méd Costarrica* 2005; 47(2).
2. Kotsis L, Csekeő A, Orbán K. Latent traumatic diaphragmatic hernia: a surgical challenge. *Chest* 2002; 121(3): 1006.
3. Degiannis E, Levy RD, Sofianos C, Potokar T, Florizoone MGC, Sashia R. Diaphragmatic herniation after penetrating trauma. *Br J Surg* 1996; 83(1): 88-91.
4. Hegarty, MM, Breyer, JV, Angorn, IB, et al. Delayed presentation of traumatic diaphragmatic hernia. *Ann Surg* 1978; 188: 229-33.
5. Díaz-Lara C, Sánchez-Pérez J, Sánchez-Marín A, Sabench-Pereferer F, Buils-Vilalta F, Morandeira-Rivas A, et al. Incarcerated traumatic diaphragmatic hernia as an uncommon cause of acute abdomen. *Cir Esp* 2007; 81(1): 53-4.