

REPORTE DE CASOS

HERNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA

Reporte de un caso

FULGENCIO ROMÁN MUÑOZ*
CARLOS DELGADO MONGE*

RESUMEN CLÍNICO

Hombre de 27 años, vecino de Panamá que ingresó al Servicio de Emergencias del Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla a las dieciséis horas del 11 de diciembre de 1989, por haber sufrido una herida penetrante con arma blanca de hemitórax izquierdo anterior, hombro izquierdo y muslo izquierdo.

Al examen físico se encontró paciente joven, quejumbroso, con una tensión arterial de 110/70 y un pulso de 80 por minuto. Herida punzocortante en hemitórax izquierdo anterior de tres centímetros de longitud y otras similares en hombro izquierdo y muslo izquierdo. A la auscultación del tórax se encontró disminución del murmullo vesicular del hemitórax izquierdo y matidez en base de pulmón izquierdo. La radiografía del tórax mostró una imagen muy sugestiva de un hemoneumotórax por lo que se decidió colocar una sonda de tórax (figura 1) y un sello de agua de tres frascos. La radiografía de control no mostró expansión pulmonar (figura 2) por lo que se sospechó ruptura del diafragma con el consecuente ascenso gástrico, y se decidió llevar a Sala de Operaciones con la sospecha de hernia diafragmática traumática. Se practicó una toracoto-

Figura 1

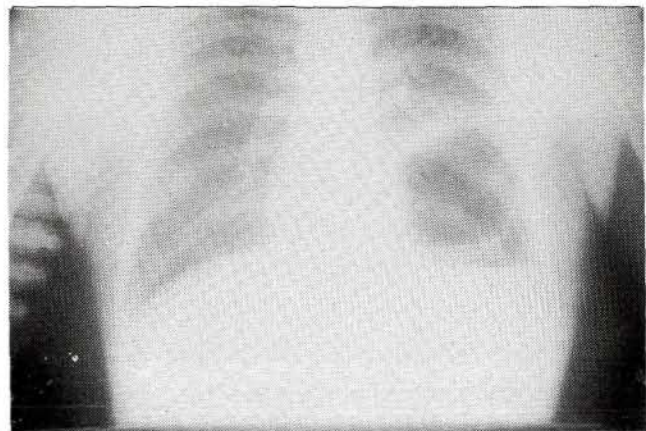
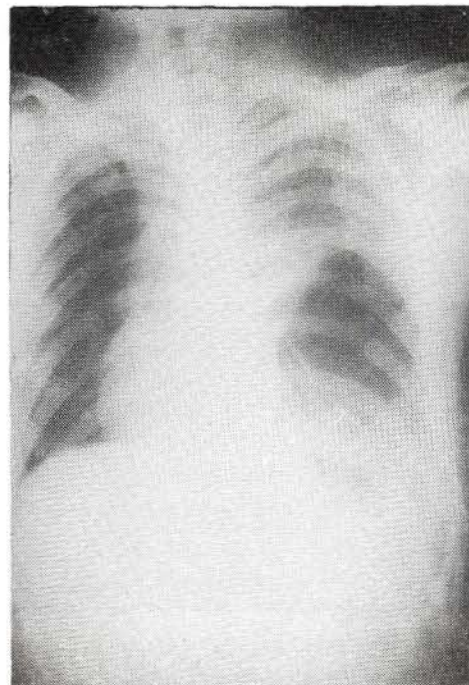


Figura 2



* Servicio de Cirugía General
Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla
San Isidro de El General

Figura 3

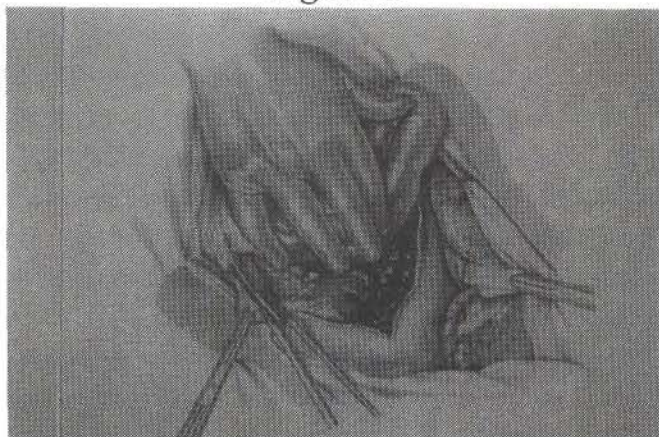


Figura 4

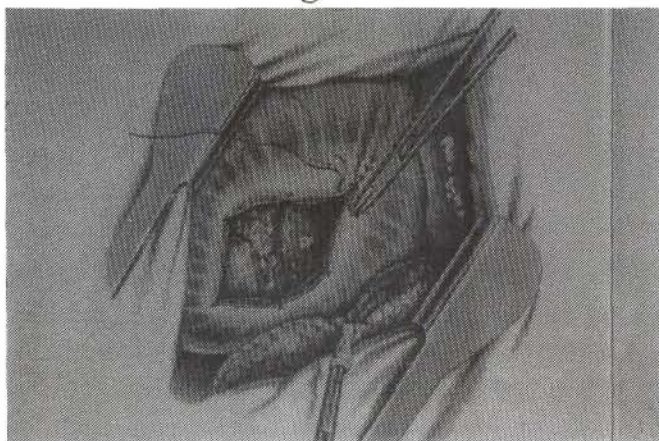
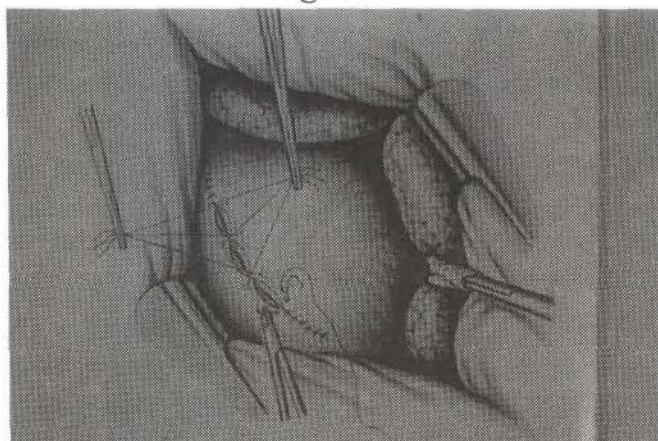


Figura 5



mía izquierda encontrándose el hemitórax izquierdo ocupado por estómago, colon transverso y epiplón, además pequeña laceración en base de pulmón izquierdo y una herida de tres cm en diafragma. Se redujo las vísceras herniadas, se procedió a reparar la lesión del diafragma como se puede observar en las figuras 3, 4 y 5. Se colocó sonda de tórax y se procedió a cerrar por planos la toracotomía.

DISCUSIÓN

La hernia diafragmática aparentemente fue descrita por Sennertus en 1541. La herniación del estómago a través del diafragma luego de un traumatismo torácico fue mencionado por Ambroisse Paré en 1580 (1). En 1853 H.I. Bouditch publicó el primer caso y estableció cinco criterios para el diagnóstico clínico de la lesión:

- a. Prominencia e inmovilidad del hemitórax izquierdo,
- b. Desplazamiento de la silueta cardíaca,
- c. Ausencia del murmullo vesicular,
- d. Ruidos intestinales audibles en el hemitórax izquierdo, y
- e. Timpanismo a la percusión en el hemitórax izquierdo (2).

La ruptura del diafragma usualmente resulta de traumatismo abdominal o torácico. Los accidentes automovilísticos son la causa más frecuente. En 1951 Carter, Giuseffi y Felson en la primera revisión colectiva encontraron 43 pacientes reportados (3). Pearson en 1953 encontró 31 pacientes con hernia diafragmática traumática. Bernetz y sus colegas en 1958 reportaron 112 pacientes más.

La historia quirúrgica empieza con la primera reparación exitosa por Riolfi en 1886 de la ruptu-

ra del diafragma producida por una herida penetrante. En 1899 Walker reparó con éxito la hernia diafragmática en un paciente que sufrió una caída de un árbol (1).

En grandes series se reporta el lado izquierdo como más frecuente, siendo menos frecuente la lesión derecha y la bilateral. La poca frecuencia de lesión del diafragma del lado derecho obedece a la protección que le brinda el hígado.

Al ser la presión intratorácica en la inspiración negativa, favorece la herniación de las vísceras abdominales al tórax. En todas las series el estómago es la estructura que más frecuentemente se hernia. Colon transverso, intestino delgado, bazo y omento siguen en frecuencia (4).

Los síntomas más frecuentes son dolor, disnea, cianosis e hipotensión.

En los hallazgos físicos se encuentran signos de insuficiencia respiratoria, ausencia o disminución de ruidos pulmonares o choque, auscultación de ruidos intestinales en el tórax, distensión abdominal.

Entre los hallazgos radiológicos encontramos opacidad del hemitórax, vísceras abdominales tales como asas intestinales, colon y/o estómago. Nivel líquido o aéreo en el hemitórax (1, 2, 4, 5).

La radiografía simple de tórax es de gran utilidad como en el presente caso. Luego está la tomografía axial computarizada. El ultrasonido es de poca ayuda por la interposición gaseosa y por último actualmente el procedimiento de elección para hacer diagnóstico con certeza es la Resonancia Magnética (3).

El tratamiento es quirúrgico y consiste en practicar una toracotomía, reducir el contenido abdo-

minal herniado, luego suturar la laceración del diafragma, colocar una sonda en el tórax y cerrar por planos la herida quirúrgica (figuras 3, 4 y 5).

BIBLIOGRAFIA

1. Hood, RM. Traumatic diaphragmatic hernia. The Annals of Thoracic Surgery 1971, 12(3):311-324.
2. Strug B, Noon G, Beall A. Diaphragmatic trauma. The Annals of Thoracic Surgery. 1971, 12(1):444
3. Mirvis SE, et al. Imaging of traumatic diaphragmatic rupture. Journal of computer assisted tomography. 1988; 12(1):147-149
4. Ebert P, et al. Traumatic diaphragmatic hernia. Surgery Gynecology and Obstetrics. 1967. () 59-65.
5. Payne J Yellin A. Traumatic diaphragmatic hernia. Arch Surgery 1982, 117:18-24.

MENSAJE A NUESTROS COLABORADORES

Acta Médica Costarricense es una revista científica auspiciada por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. Tiene el propósito de contribuir a la difusión de trabajos de investigación y de otras formas de comunicación en el campo de las ciencias de la salud. **Acta Médica Costarricense** se encuentra en un proceso de cambio. Desde hace varios años nuestra revista se ha propuesto mejorar el nivel técnico y científico. Esta meta requiere necesariamente de un gran esfuerzo tanto del Comité Editorial como de nuestros colaboradores. Uno de los pasos iniciales es lograr una uniformidad en la presentación de los diferentes artículos de la revista. Deseamos explicarles a todas las personas interesadas en enviar sus trabajos a la Revista el formato básico y el proceso de revisión que lleva a cabo el Comité Editorial. A partir de este número, **Acta Médica Costarricense** se dividirá en secciones que incluirán trabajos de acuerdo con sus tipos. El Comité seguirá clasificando los manuscritos según sus características en uno de los siguientes tipos:

Trabajos originales
Artículos de revisión
Reportes de casos
Carta al Director

Así mismo, cada artículo deberá tener una estructura o formato básico de acuerdo con su tipo. La estructura o formato básico se refiere a las diferentes partes en las cuales la comunicación escrita está dividida. El Comité Editorial solicita ajustar el formato básico según se describe seguidamente:

Trabajo original:

Título
 Autor (es)
 Resumen en español
 Resumen en inglés
 Palabras clave
 Introducción
 Metodología
 Resultados
 Discusión
 Bibliografía

Artículo de revisión:

Título
 Autor (es)
 Resumen en español
 Resumen en inglés
 Palabras clave
 Introducción
 Metodología
 Resultados
 Discusión
 Bibliografía

Reporte de casos:

Título
 Autor (es)
 Resumen clínico
 Comentario
 Bibliografía

Las Cartas al Director seguirán el estilo clásico de presentación y serán incluidas en una sección al final de la revista. El proceso de revisión se inicia cuando un manuscrito es aceptado por la Revista. Los requisitos para la aceptación de los trabajos serán los siguientes:

- tener un formato básico de acuerdo con el tipo de artículo,
- presentar tres copias a doble espacio,
- presentar cuadros y gráficos en hojas aparte, y
- presentar la bibliografía de acuerdo con las pautas establecidas por el Comité Internacional de Editores.

Una vez aceptado el manuscrito este es leído y revisado al menos por dos miembros del Comité Editorial. Uno de ellos será el encargado de establecer una comunicación con el o los autores y estará en la mejor disposición de apoyar el esfuerzo de ellos con el objeto de producir publicaciones de la mejor calidad posible. Si usted tiene interés en enviarnos un trabajo puede ponerse en contacto con la Revista.

Acta Médica Costarricense
 Comité Editorial