

Invitamos a los lectores de Acta a que envíen casos con interés clínico o diagnóstico para su publicación en esta sección. Editor Dr R. Mazure.

Imágenes aéreas en mediastino

María Cecilia Juan Ramón,¹ Roque Sáenz,² Claudio Cortés³

The Latin American OMGE/OMED Advanced Gastrointestinal Endoscopy Training Center. Clínica Alemana-Olympus. Santiago de Chile.

¹ Médico Becado. - ² Sub Jefe The Latin American OMGE/OMED Advanced Gastrointestinal Endoscopy Training Center. Jefe del Servicio de Gastroenterología. Clínica Alemana Santiago. - ³ Departamento de Diagnóstico por Imágenes. Clínica Alemana. Santiago de Chile.

Mujer de 76 años de edad, quién presenta como antecedentes patológicos insuficiencia cardíaca e historia de reflujo gastroesofágico severo; medicada con digoxina, hidroclorotiazida y omeprazol. Antecedente de traumatismo torácico, por accidente automovilístico hace 30 años.

Concurre a consulta por presentar durante las últimas semanas disnea a medianos esfuerzos, dolor torácico a predominio post-prandial y en ocasiones palpitations. El examen físico no aporta mayores datos. El examen cardiovascular y ecocardiograma no mostraron alteraciones.

Agrega dolor en cuadrante inferior izquierdo y mucorrea, por lo que se realiza colonoscopia que progresa hasta transverso medio, donde el lumen hace un trayecto en espiral, haciendo difícil y peligroso progresar. Se decide suspender el estudio a este nivel.

Rx de tórax de frente y perfil (figura 1 y 2) efectuada posteriormente muestra el

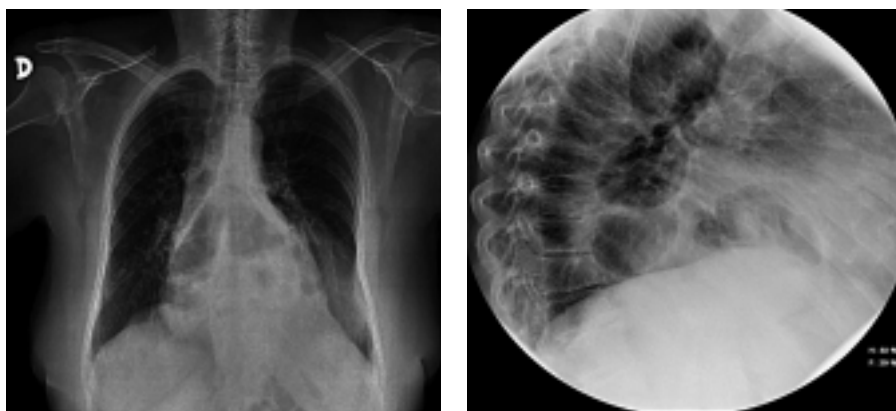


Figura 1 y 2. Rx de tórax, imágenes aéreas en mediastino.

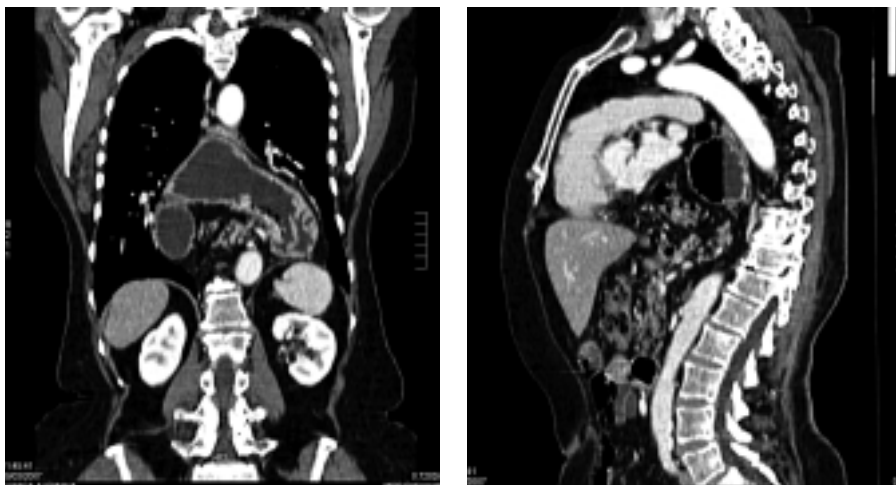


Figura 3. Reconstrucción coronal de TCMC.

hallazgo de vísceras huecas en el mediastino. Se realizó colon por enema de doble contraste para complementar la colonoscopia. Finalmente, con Tomografía Computada Multicorte (figura 3) se confirma diagnóstico.

¿Cuál es el diagnóstico?

Correspondencia: María Cecilia Juan Ramón
Clínica Alemana, Avda Vitacura 5951.
Vitacura, Santiago de Chile. Chile.
E-mail: cecijrgastro@yahoo.com.ar

Resolución del caso en la página 272

◆ IMAGEN DEL NÚMERO

Solución del caso: Imágenes aéreas en mediastino

Viene de la página 205

DIAGNÓSTICO FINAL: colon (figura 4 y 5) y estómago intratorácicos, por hernia diafragmática traumática.

TRATAMIENTO: se indica laparotomía y se realiza una hernioplastia diafragmática, resituando en el abdomen, colon y estómago, con una buena evolución pos-operatoria, cediendo la disnea y el discomfort post-prandial.

DISCUSIÓN: los mecanismos de injuria que siguen a un trauma cerrado abdominal incluyen el impacto lateral, la distorsión de la pared del tórax y el impacto frontal directo, los que se traducen como un aumento de la presión intra-abdominal, pudiendo resultar en rotura diafragmática y herniación visceral.¹

En general la hernias diafragmáticas traumáticas (HDT) ocurren por traumas cerrados como accidentes automovilísticos (68- 75%) como en el caso actual o por traumas penetrantes (25-32%) como herida de arma de fuego o de arma blanca.²⁻⁴ Los órganos más frecuentemente afectados son el epiplón, estómago, bazo, colon e hígado.⁶⁻⁸

El tiempo que transcurre hasta el diagnóstico es variable y oscila entre horas, meses o años después del trauma original.^{2-6,8,9}

El diagnóstico de las HDT agudas o crónicas puede ser difícil y depende sobre todo de la sospecha clínica. Varios estudios han sido descritos e incluyen la Rx simple de tórax, seriada gastrointestinal alta, colon por enema, tomografía computada, resonancia magnética, angiografía, ultrasonografía, toracoscopia y laparoscopia.^{4,6}

La cirugía para el tratamiento de la HDT se ajusta a cada caso. Las lesiones agudas del lado izquierdo son mejor abordadas por el abdomen, aunque algunos autores prefieren el abordaje vía torácica y laparotomía si es necesario. Las lesiones del lado derecho, tanto agudas como crónicas, deben ser abordadas a través del tórax.⁷

La realización de estudios endoscópicos de colon con dificultad para avanzar a proximal, en especial ante morfología atípica, debe hacernos pensar en es-

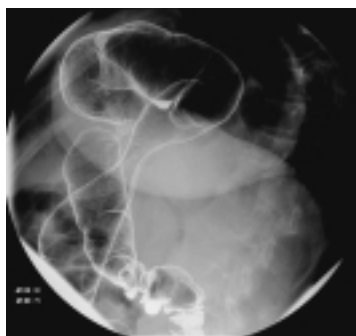


Figura 4. Enema de bario que muestra colon intratorácico.

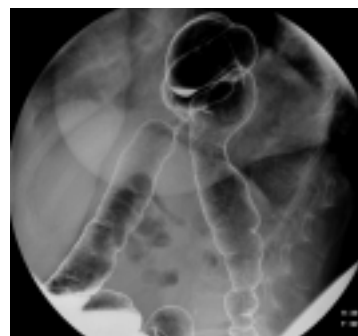


Figura 5. Angulación y estrechez que no permite el pasaje del colonoscopio.

ta posibilidad diagnóstica, evitando daños al no insistir en avanzar.

CONCLUSIÓN: las HDT agudas y crónicas pueden no ser detectadas en una evaluación clínica, incluso en una exploración laparoscópica, y quizás en la mayoría de las veces el diagnóstico definitivo, podría lograrse con un alto índice de sospecha, interrogando historia pasada de trauma tóraco-abdominal y una Rx simple de tórax.

Referencias

1. Killeen KL, Mirvis SE, Shanmuganathan K. Helical CT of diaphragmatic rupture caused by blunt trauma. *AJR Am J Roentgenol* 1999;173:1611-1616.
2. Mattila S, Jarvinen A, Mattila T, Ketonen P. Traumatic diaphragmatic hernia. Report of 50 cases. *Acta Chir Scand* 1977;143:313-318.
3. Brown GL, Richardson JD. Traumatic diaphragmatic hernia: a continuing challenge. *Ann Thorac Surg*. 1985; 39:170-173.
4. Payne JH Jr, Yellin AE. Traumatic diaphragmatic hernia. *Arch Surg* 1982;117:18-24.
5. Symbas PN, Vlasis SE, Hatcher C Jr. Blunt and penetrating diaphragmatic injuries with or without herniation of organs into the chest. *Ann Thorac Surg* 1986;42:158-162.
6. Nursal TZ, Ugurlu M, Kologlu M, Hamaloglu E. Traumatic diaphragmatic hernias: a report of 26 cases. *Hernia* 2001;5:25-29.
7. Hacıbrahimoglu G, Solak O, Olcmen A, Bedirhan MA, Solmazer N, Gurses A. Management of traumatic diaphragmatic rupture. *Surg Today* 2004;34:111-114.
8. Sousa JP, aptista JP, Martins L, Pimentel J. Traumatic diaphragmatic hernias: retrospective analysis. *Ver Port Pneumol* 2006;12:225-240.
9. Wienczek RG, Wilson RF, Steiger Z. Acute injuries of the diaphragm: an analysis of 165 cases. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1986;92:989-993.