

Solución del caso: Complicación alejada de traumatismo toracoabdominal cerrado

Viene de la página 80

Sennertus en 1.541 describe por primera vez la hernia diafragmática con evisceración de un órgano abdominal al tórax.^{1,2} Con diagnóstico de insuficiencia respiratoria secundaria a hernia diafragmática traumática complicada, se procedió a realizar una toracotomía posterolateral izquierda, que evidencia un pulmón colapsado por el estómago encarcelado en la cavidad torácica, se redujo el mismo hacia la cavidad abdominal y se colocó una sonda nasogástrica, realizándose el cierre de la brecha diafragmática con puntos de polipropileno el orificio aproximadamente de 4 cm de diámetro (Figura 3). Se colocó un tubo de avenamiento pleural. El paciente evolucionó en el postoperatorio sin complicaciones y fue dado de alta al 5^o día con el pulmón expandido y tolerando la dieta.

Se entiende por hernia diafragmática traumática al pasaje de vísceras abdominales a través de un orificio patológico en el diafragma secundario a un traumatismo tanto sea cerrado o abierto. Tiene una prevalencia del 1,6 - 8% en los traumatismos toracoabdominales cerrados. Puede presentarse en forma aguda asociada frecuentemente a otras lesiones orgánicas o en forma crónica y alejada del traumatismo inicial por pasar inadvertida,^{2,3} como ocurrió en nuestro paciente que había presentado el trauma cerrado toracoabdominal con hemo neumotorax drenado 7 meses antes.

El hemidiafragma más afectado es el izquierdo, el mecanismo lesional es por hipertensión abdominal brusca, aplastamiento de la base torácica o el trauma penetrante, ya que en el diafragma derecho se interpone el hígado, y cuando hay hemoperitoneo durante el trauma inicial, se realiza diagnóstico de la lesión diafragmática y se repara en el intraoperatorio.

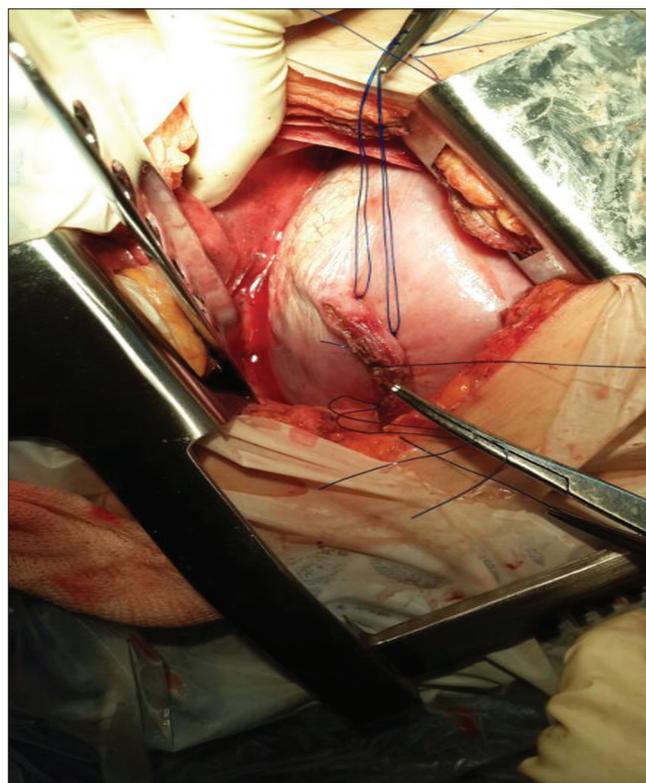
La mortalidad de la lesión diafragmática por trauma cerrado es del 22 al 40% en la fase crónica, si existe estrangulación de víscera hueca, oscila de un 20 a un 90%.⁴ Es muy importante la anamnesis y los antecedentes, suele confundirse en la Rx de tórax con un neumotórax y la colocación de un tubo pleural; puede desencadenar una complicación aún mayor. Ante la duda diagnóstica debe realizarse una seriada gastroduodenal con contraste o una tomografía de tórax y abdomen, que fue la que nos permitió confirmar la sospecha diagnóstica.

Las hernias crónicas pueden ser muchas veces oligosintomáticas; en la fase aguda domina el síntoma de las lesiones acompañantes y en la forma crónica los síntomas respiratorios o gastrointestinales inespecíficos.

Como métodos diagnósticos se utilizan la radiografía de tórax, la tomografía computada, la resonancia magnética y estudios contrastados del tubo digestivo; también se puede recurrir a métodos invasivos como la videolaparoscopia o la videotoracoscopia.⁵⁻⁷

A veces la simple colocación de una sonda nasogástrica y la descompresión mejoran el dolor y la insuficiencia respiratoria.

Figura 3. Rafia diafragmática a través de la toracotomía con sutura irreabsorbible.



Para su tratamiento en la fase aguda es de elección el abordaje abdominal ya que permite una completa exploración de la cavidad abdominal, el tratamiento de lesiones asociadas y el tratamiento de la brecha diafragmática pudiendo asociarse, de ser necesario, una toracotomía; en la fase crónica existe consenso en que la vía de abordaje de elección es la torácica y la incisión es la toracotomía posterolateral a nivel del 7^{mo} u 8^{vo} espacio intercostal; es discutida la colocación de una malla de polipropileno o politetrafluoretileno PTFE; se decide la colocación de la misma cuando no hay un proceso infeccioso ni necrosis gástrica y cuando el cierre del orificio es mayor a los 5 a 6 centímetros de diámetro.^{6,7}

La presentación de este caso se basa en la infrecuente aparición del mismo y la imagen característica que se demuestra en la Rx de tórax y la tomografía. El abordaje quirúrgico por vía torácica es de elección.

Referencias

1. Asencio JA, Demetrides D, Rodríguez A. Injury to the diaphragm, en Moore EE, Mattox KL, Feliciano DV (eds): Trauma, ed 4. Mc Graw-Hill, New York 2000, 603-632.
2. Bhatia S, Kaushik R, Singh R, Shana R, Atti A, Dalal V, Dalal A, Bansiwala R. Traumatic diaphragmatic hernia. *Indian J Surgery* 2008; 70: 56-61.
3. Kumar S, Kumar S, Bhaderi S, More S, Dikhit P. An undiagnosed left sided traumatic diaphragmatic hernia presenting as small intestinal strangulation: A case report. *Int J Surg Case Rep* 2013; 4: 446-448.
4. Pakula A, Jones A, Syed J, Skinner R. A rare case of chronic traumatic diaphragmatic hernia requiring complex abdominal wall reconstruction. *Int J Surg Case Rep* 2015; 7: 157-160.
5. Pu R, Schmied B, Seiler CA, Baer HU, Patel A, Buchler M. Missed diaphragmatic injuries and their long term sequelae. *J Trauma* 1998; 44: 183-188.
6. Xenaki S, Lasithiotakis K, Andreou A, Chrysos E, Chalkiadakis G. Laparoscopic repair of posttraumatic diaphragmatic rupture. Report of three cases. *Int J Surg Case Rep* 2014; 5: 601-604.
7. Rashid F, Chakabarty M, Singh R, Iftiher S. A review an delayed presentation of diaphragmatic rupture. *Word Journal of Emergency Surgery* 2009; 4: 32.
8. Rosetti G, Bruscione L, Maffetone V, Napolitano V, Sciandore G, Del Genio G, Russo G, Del Genio A. Giant right post-traumatic diaphragmatic hernia: laparoscopic repair without a mesh. *Chir Ital* 2005; 57: 243-246.