

Trabajo de la Clínica del Prof. Dr. P. Larghero Ybarz

## HERNIA DIAFRAGMATICA TRAUMATICA ESTRANGULADA (\*)

**Un caso con gangrena del estómago. Consideraciones  
diagnósticas y terapéuticas. Revisión bibliográfica**

Dr. L. A. Cazabán Perossio

En el mes de noviembre de 1959, tuvimos la oportunidad de intervenir quirúrgicamente a un paciente que presentaba una hernia diafragmática traumática estrangulada. A consecuencia de ello, nos interesamos en esta afección y hemos reunido tres observaciones. Referiremos sus historias clínicas.

### Observación Clínica N° 1

F. N. B. 48 años. Historia Clínica N° 17455.

Consulta el 7 de noviembre de 1959 por cuadro agudo de vientre, de 48 horas de evolución, caracterizado:

I) **funcionalmente** por: **dolor** de epigastrio e hipocondrio izq., de inicio brusco, después de una comida copiosa, sufrimiento continuo, fijo, con irradiación a base de hemitórax izq.; **vómitos** de alimentos, luego borra de café; **constipación** desde la iniciación del cuadro; **sin antecedentes dispépticos**.

II) **físicamente** por presentar grave estado general con shock y deshidratación; insuficiencia<sup>o</sup> respiratoria marcada con disnea y cianosis con síndrome en menos de base izq.; contractura de epigastrio e hipocondrio izq. con distensión abdominal discreta y al tacto rectal fondo de saco de Douglas negativo.

Del análisis de esta historia, surge un hecho llamativo; la concomitancia de síntomas torácicos y abdominales importantes. Por ello se rein-

---

(\*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 12 de julio de 1961.

terroga el paciente, encontrándose en los antecedentes un hecho de fundamental importancia diagnóstica: herida tóraco abdominal de arma blanca, producida hace tres años, cuya cicatriz está situada a nivel del octavo espacio intercostal izq., a la altura de la línea axilar media.

El estudio radiológico efectuado por el Pte. Berois, revela la existencia de una hernia diafragmática traumática estrangulada.

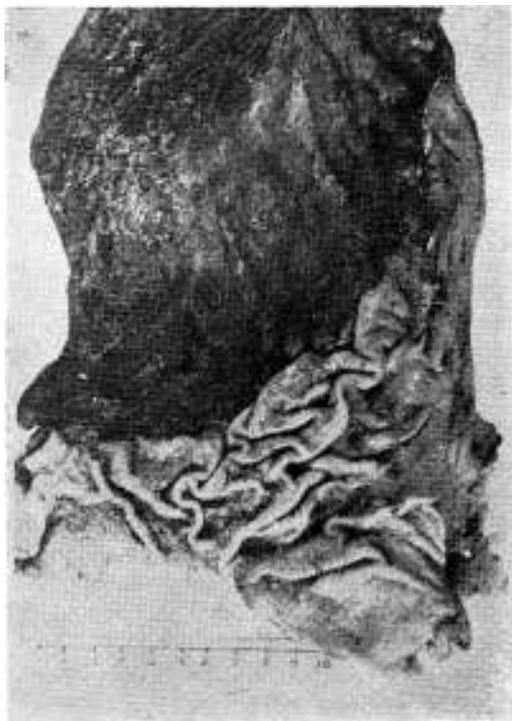


Fig. 1. —

Se coloca al enfermo una sonda Levine, extrayéndose abundante cantidad de líquido hemorrágico. Con el diagnóstico de hernia diafragmática estrangulada con probable necrosis gástrica se opera.

**Intervención.** 9/XI/959. Dres. L. A. Cazabán, G. Ríos, Ptes. López y Varalla. Anestesia general. Abordaje abdominal por incisión transversa de epigastrio e hipocondrio izq., con sección de la vaina del recto derecho. **La exploración** muestra derrame hemático de logia subfrénica izq.; hernia del estómago a través de una brecha diafragmática de dos centímetros de diámetro, de bordes fibrosos, situada sobre la vertiente posterior del hemidiafragma izq. **Se procede** a efectuar una gastrotomía anterior para evacuar el contenido gástrico y por la posibilidad de disminuir la tensión

intragástrica de la hernia. Se aspira gran cantidad de líquido hemorrágico. Se secciona el anillo de estrangulación sobre el dedo índice introducido en el orificio, viniendo abundante líquido hemático de la cavidad pleural izq. Se exterioriza suavemente el contenido herniario constituido por el estómago, en su porción fúndica, curvatura mayor, cara posterior de cuerpo gástrico y tercio izq. de cara anterior; epilón mayor y epilón gastroesplénico. Dado que las lesiones gástricas son irreversibles, se practica gastrectomía subtotal Billroth II, según técnica Hofmeister-Finsterer. Cierre de la brecha diafragmática con puntos separados. Drenaje de la fosa subfrénica izq. La duración de la operación es de dos horas y media, durante la cual se realiza una transfusión de un litro de sangre.

**Evolución.** Del punto de vista digestivo sin complicaciones. Del punto de vista torácico presentó un empiema pleural, tratado por toracotomía mínima y drenaje pleural. Posteriormente buena reexpansión pulmonar y cura. Alta el 23/XII/959.

**Conclusión.** Hernia Diafragmática Traumática estrangulada con gangrena gástrica, a la cual se le practicó una gastrectomía subtotal, de evolución favorable, que presentó como complicación un empiema pleural, complicación imputable a una omisión: no haber drenado el tórax.

#### Observación Clínica Nº 2

A. M. — 44 años. Hist. Clínica: 4844 (archivo Navarro).

El 9/III/937 consulta por cuadro agudo de vientre, de 10 horas de evolución, caracterizado **funcionalmente** por: 1) dolor brusco de región periumbilical, continuo, que luego se localiza en el hipocondrio izq. y base de hemitórax izq., con irradiación al hombro.

2) Vómitos precoces, abundantes y acuosos.

3) Detención del tránsito intestinal.

**Del punto de vista físico** los hallazgos más importantes son:

1) Shock grave, con palidez marcada, pulso chico, filiforme, e hipotermia.

2) Contractura difusa abdominal con máxima contractura y dolor en epigastrio e hipocondrio izq.

3) Estertores difusos bronquiales a predominio en base izq.

**En los antecedentes**, hay que destacar que presentaba sufrimiento dispéptico, por el cual había sido operado por el Dr. A. Fossati, practicándose una gastroenterostomía transmesocólica, en el año 1932. El sufrimiento persistió después de la intervención.

**Operación.** 9/III/937. Dres. Larghero, Cosco y Sierra. Anestesia general con cloroformo, que produce un paro respiratorio, que cede con respiración artificial. Se continúa con anestesia local. Abordaje abdominal por incisión mediana supraumbilical que, posteriormente es ampliada por una incisión transversa de hipocondrio izq. Los hallazgos operatorios

son los siguientes: estómago abdominal reducido al antro, donde presenta la gastroenterostomía; el resto se halla en la cavidad pleural pasando por una brecha diafragmática situada en la cúpula lejos del hiatus, con adherencias íntimas entre el orificio diafragmático y las paredes gástricas y del colon transverso, contenido en la hernia. Se incinde el diafragma y se exterioriza el estómago, sin lesiones irreversibles y el colon gangrenado en una extensión de 50 cms. Se practica resección del segmento gangrenado y colostomía proximal. Cierre de la brecha diafragmática con catgut. Al final de la operación, se busca la existencia de herida tóracoabdominal y se comprueba cicatriz de herida de arma blanca en 8º espacio intercostal izq., a nivel de línea axilar media. Esta herida fue producida 7 años antes.

**Postoperatorio.** Fallece al tercer día en colapso. **Necropsia:** Dr. Ferreira Berruti. Peritonitis focal subfrénica. Bronconeumonía derecha. Colapso de lóbulo inf. izq. pulmonar.

**Conclusión.** Hernia Diafragmática Traumática estrangulada con gangrena de colon, abordada por vía abdominal, practicándose resección de colon y colostomía proximal. Diagnóstico operatorio.

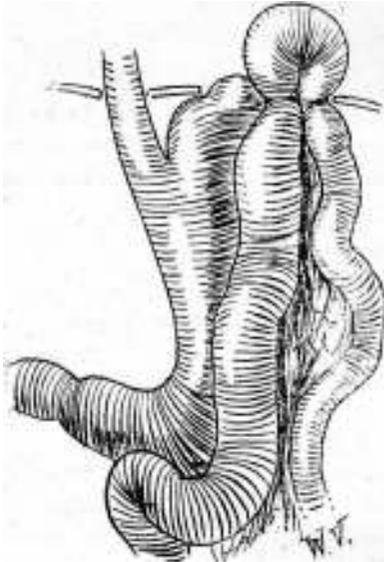


Fig. 2. — Hallazgo operatorio de la observación N° 3.

#### Observación Clínica N° 3

L. A. S. — 34 años. Historia clínica: 2570.

El 22/IV/949 ingresa por síndrome doloroso agudo de hemiventre superior, caracterizado por dolores tipo retortijón, difusos, acompañados

de vómitos de alimentos y de bilis, y detención del tránsito intestinal. A las 72 horas de iniciado el cuadro, se comprueban los siguientes signos: balonamiento del sector supraumbilical con flancos e hipogastrio excavados; contractura de epigastrio e hipocondrio izq.; tacto rectal negativo. En el examen torácico, lo único positivo es el abombamiento de base torácica izq. Del punto de vista general, enfermo intoxicado, aliento fétido, pulso chico, de 120 p. m. En los antecedentes presenta como elemento de importancia fundamental, una herida de bala de trayecto horizontal, cuyo orificio de entrada está situado en el flanco torácico der. y el orificio de salida a la misma altura, a nivel del séptimo espacio intercostal izq., sobre línea axilar posterior. La radiografía simple de hipocondrio izq. permite afirmar el diagnóstico de hernia diafragmática traumática estrangulada.

●**operación.** 22/IV/949. Dres. Larghero, Cianculli y Vázquez Rolfi. Posición decúbito lateral der. Toracotomía resecaando VIIIª costilla. Pleura libre. Orificio diafragmático de 7 cms. de largo, conteniendo colon. asas delgadas y epiplón. Las vísceras presentan un color azulado que traduce su sufrimiento. Se agranda el orificio hacia adelante y hacia atrás, paralelamente a las fibras del diafragma. Sección de adherencias del epiplón al anillo diafragmático. Se avivan los bordes del anillo y se sutura con puntos en U de catgut cromado y de lino. Atelectasia de lóbulo inferior izq. Drenaje pleural. Transfusión de sangre de 1 litro. Duración: 1 hora.

**Conclusión.** Hernia diafragmática traumática estrangulada, sin lesiones viscerales irreversibles, operada por vía torácica, con postoperatorio normal.

## INTRODUCCION

Varias razones nos llevan a traer a la Sociedad de Cirugía, esta comunicación:

1º) Hacer énfasis en ciertos síntomas y signos que nos permitan alcanzar un diagnóstico preciso preoperatorio; 2) dado que sólo la intervención precoz, puede evitar un desenlace fatal, es justificada la discusión de esta afección como entidad clínica y quirúrgica; 3) destacar que la cura radical no es un lujo, es una necesidad (Brocq).

Queremos hacer algunas precisiones con respecto a la nomenclatura. Siguiendo a Harrington, consideramos como Hernia Diafragmática Traumática (H. D. T.), cualquier condición patológica en la que exista protucción del contenido abdominal a la

cavidad torácica, a través de una abertura traumática del diafragma. A pesar de que por múltiples factores, no constituya una verdadera hernia, no existen ventajas idiomáticas ni prácticas para la sustitución de este término, <sup>(5)</sup> utilizado en toda la literatura médica. Nosotros vamos a referirnos a la H. D. T. tardía, crónica o secundaria, en la cual la hernia se constituye progresivamente, existiendo un intervalo clínico libre entre el traumatismo y la aparición de síntomas clínicos. Es en este tipo de H. D. T., que la estrangulación es el fin habitual y casi obligatorio (Victorica <sup>56</sup>).

## HISTORIA

En 1579, Ambrosio Paré, relata la primera observación de H. D. T., con estrangulación de colon, en un hallazgo necrópsico. Bowditch en 1853, fue el primero que realizó el diagnóstico preoperatorio, describiendo 5 elementos clínicos diagnósticos fundamentales: 1) prominencia e inmovilidad del hemitórax izq.; 2) desplazamiento cardíaco a derecha; 3) ausencia de respiración en la base izq.; 4) ruidos intestinales de conflicto hidroaéreo en hemitórax izq.; 5) timpanismo a la percusión a ese nivel. Estos signos conservan hoy todo su valor, y es sorprendente su olvido por los clínicos.

Bowditch, Grange y Leclerc fueron los primeros en valorar la estrangulación herniaria y aconsejar su tratamiento quirúrgico. Posteriormente múltiples trabajos son publicados, pero de ellos emergen los de Quenu (1917), Berard y Dunet (1922), Gibson (1929), Russell (1930), Constantini (1935), Carter y Giuseffi (1942), Pearson (1953), y más recientemente, Desforges (1957) y Grage (1959).

En las publicaciones rioplatenses, Taubenschlang comunica la primera observación de H. D. T. operada por vía torácica. Posteriormente, Brea <sup>(3)</sup>, Fernícola, Pavlovsky <sup>(44)</sup>, Cesanelli y Borretti <sup>(8)</sup>, se ocupan del tema.

En nuestro país, Pérez Fontana <sup>(46)</sup>, Loubejac <sup>(35)</sup>, Clivio <sup>(9)</sup>, Victorica <sup>(56)</sup> y Bermúdez <sup>(1)</sup>, aportan contribuciones al estudio de esta afección.

## ETIOLOGIA

No analizaremos las causas de Hernia Diafragmática Traumática, sino los distintos factores etiológicos que expliquen la frecuencia de la estrangulación en este tipo de hernia.

Los factores predisponentes son: 1) derivados del hecho que la H. D. T. no constituye una verdadera hernia, por lo cual la ausencia de saco determina íntimas adherencias de los órganos herniados a las estructuras torácicas, impidiendo su desplazamiento y fijándolos en la situación ectópica; 2) los caracteres del anillo diafragmático traumático, fibroso y rígido, y de especial manera la discordancia entre las dimensiones del anillo y el volumen de las vísceras herniadas, predisponen y favorecen la estrangulación.

Los factores etiológicos desencadenantes son aquellos determinantes de un aumento brusco de la presión abdominal, tales como, esfuerzos violentos, comidas copiosas, ingestión de bebidas gaseosas, constipación marcada, parto. El rol de estos elementos no es indispensable para la producción del estrangulamiento y su importancia es discutible aunque en nuestra observación N° 1, existe este factor.

## PATOGENIA

El mecanismo de la estrangulación es múltiple, y en general, se asocian, aunque siempre predomina uno de ellos. El de mayor jerarquía y frecuencia, es la estrangulación por constricción a nivel del orificio músculo fibroso, rígido del diafragma, cuya traducción anatómica lo constituye el surco de esfacelo visceral a ese nivel. Es el mecanismo de la estrangulación en nuestras observaciones.

Otro mecanismo es el vólvulo o torsión órgano-axial de la víscera en la situación ectópica, en especial del estómago. Este hecho es explicable por los medios de fijación de este órgano, de tal manera que la porción horizontal, móvil es aspirada hacia el tórax, mientras que la porción vertical, fija queda abdominal. En este caso, el estrangulamiento es secundario al vólvulo. Este mecanismo se observa con mayor frecuencia en las hernias del hiatus (16, 26).

Una tercera eventualidad es el encarcelamiento del órgano herniado por la aspiración torácica irreversible, asociada a un aumento brusco de la presión abdominal. En base a esta patogenia Lepoivre (<sup>33</sup>, Huguier (<sup>27</sup>), proponen un tratamiento médico, tendiente a combatir la aspiración torácica e igualar las presiones abdominal y torácica por el neumotórax.

Por último, Magnin (<sup>37</sup>), invoca la producción de hernia diafragmática traumática consecutiva a la cirugía torácica, por trastornos vasculares del diafragma y sección de ramilletes nerviosos del frénico en el acto quirúrgico. En realidad este no constituye un mecanismo de estrangulación.

## ANATOMIA PATOLOGICA

El balance anatomopatológico de las lesiones es variado, pero hay constantes que son necesarias conocerlas por su importancia clínica y terapéutica.

**Orificio Herniario.** — Las lesiones del diafragma, por la naturaleza múltiple de la agresión, son de localización variable. El hemidiafragma izq. es lesionado con mayor frecuencia en una proporción de 9 a 1, con respecto al derecho. En él la cúpula (obs. 3) y la mitad posterior (obs. 1 y 2) son los lugares de elección. El orificio herniario presenta siempre los mismos caracteres anatómicos: fibroso, duro, resistente, en general pequeño, de bordes cortantes, con adherencias íntimas al contenido visceral.

**Contenido.** — El contenido visceral es múltiple, predominando por su frecuencia: epiplón mayor, que rodea la masa herniada y contribuye a formar un seudosaco; estómago parcial o totalmente, en cuyo caso sufre una rotación, por la cual su cara posterior mira hacia adelante y la gran curva queda arriba (<sup>16</sup>); intestino delgado; bazo; colon, en especial el ángulo esplénico.

Las lesiones viscerales van de la hiperhemia y edema hasta el esfacelo y la perforación. El maximum lesional se halla a nivel del agente de estrangulación, es decir en el anillo. La constitución de lesiones irreversibles es, en general, más lenta que en otras hernias, aunque su hallazgo es relativamente frecuente por el retardo diagnóstico.

**Falso Saco Herniario.** — Si bien esta variedad de hernia no tiene saco, las vísceras herniadas y el epiplón, en especial, constituyen por irritación y desplazamiento visceral un falso saco herniario que contrae múltiples adherencias. Por un lado con el contenido y, por otro, con las estructuras torácicas: pleura, pericardio, pulmón. Estas adherencias fijan a los órganos en su situación torácica y torna a la hernia en irreductible. Estas adherencias son firmes, fibrosas y este hecho anatómico constituye un argumento fundamental para su abordaje torácico.

Finalmente queremos señalar que el saco contiene un líquido sero-sanguinolento, característico de toda hernia estrangulada, cuya significación e importancia diagnóstica fue puesta de manifiesto por Deaner (<sup>10</sup>), y que traduce anatómicamente la gravedad de las lesiones viscerales.

### FISIOPATOLOGIA

La estrangulación de la H. D. T. determina profundos cambios de las funciones digestivas, cardiorespiratorias y metabólicas.

Del punto de vista digestivo produce una estenosis de la vía digestiva, cuya altura depende del segmento involucrado. Esto lleva a un desequilibrio metabólico profundo, por la pérdida de agua y electrolitos. Sobre esta alteración funcional precoz, se agrega un factor anatómico más o menos tardío, vinculado al compromiso vascular y nervioso de la víscera herniada, que agrava estos disturbios metabólicos y conduce al estado de shock irreversible, si no es rápidamente tratado.

Del punto de vista cardiorespiratorio, el aumento tensional intraluminal de las vísceras estranguladas determina: desviación del mediastino, colapso pulmonar parcial o total, derrame pleural. Estos factores llevan a una insuficiencia respiratoria grave que acentúa los disturbios hidroelectrolíticos.

En una etapa posterior, se produce la inoculación séptica del peritoneo y de la pleura, con todas sus nefastas consecuencias.

El encadenamiento fisiopatológico de estos hechos justifican la necesidad del conocimiento clínico y diagnóstico de esta fase dramática de la H. D. T. (Desforges <sup>13</sup>).

## CLINICA

### Síntomas

El cuadro clínico de esta afección comienza bruscamente con un síntoma constante: el *dolor*. Sus caracteres son precisos: de aparición aguda, de gran intensidad, localizado en el cuadrante superior e izq. del abdomen, irradiado a base de hemitórax y hombro izq., permanente, sin remisiones, que se acentúa con los cambios de posición, en especial con el decúbito.

El **vómito** constituye la segunda manifestación clínica: precoces, casi constantes, infructuosos, cuyos caracteres evolutivos varían según la víscera involucrada. Si es estómago, rápidamente se hacen sanguinolentos y revelan el compromiso de la pared gástrica, no aliviando el sufrimiento del paciente. Si la víscera lesionada es colon o delgado, los vómitos son los característicos de la oclusión intestinal (obs. 3).

La **alteración del tránsito intestinal** bajo forma de constipación, que frecuentemente precede la iniciación del cuadro agudo, o de detención de materias y gases, es la regla en la estrangulación del colon. En caso de compromiso gástrico se pueden observar melenas.

El **hipto** constituye una manifestación poco frecuente y traduce irritación frénica. Concomitante a esta sintomatología abdominal, existe un síntoma llamativo y de fundamental importancia: *disnea dolorosa*.

### Examen Clínico

Los hallazgos físicos son tan típicos, que el diagnóstico puede ser realizado sin ningún otro estudio complementario (Sheridan <sup>54</sup>).

Tres sectores se hallan involucrados en esta afección: abdomen, tórax y general.

**Abdomen.** — Los síntomas observados revelan nada más que un obstáculo del tubo digestivo, y sin embargo, el abdomen permanece mudo (Berard y Dunet). Este hecho clínico es valedero en las capas precoces del estrangulamiento, cuando la víscera es el colon, o en caso de estrangulación gástrica.

Un primer elemento físico llama la atención: *la asimetría de*

los *hipocondrios*. La migración gástrica determina un hipocondrio izq. cóncavo (Carter <sup>6</sup>) o, en otras oportunidades, prominente, distendido, saliencia determinada por una bolsa timpánica situada inmediatamente por debajo del reborde costal izq., con aumento de la resonancia del Traube (Magendie <sup>36</sup>).

**El dolor en el hipocondrio izq.** es casi constante y su intensidad depende del grado de las lesiones viscerales. En una etapa evolutiva avanzada se pueden encontrar elementos físicos de peritonitis, con su signo más característico: La *contractura*. El hallazgo de este elemento indica la existencia de lesiones irreversibles viscerales como en nuestra observación 1.

**La distensión abdominal** puede observarse por estrangulación intestinal con el cuadro clínico de una oclusión mecánica, o por irritación del peritoneo por la trasudación de líquido sanguinolento de la víscera herniada, con los caracteres de una oclusión dinámica. La ausencia de distensión abdominal en un cuadro de estenosis digestiva debe sugerir la sospecha de H. D. T. estrangulada.

Un signo llamativo y frecuente es la ausencia de dolor en el Douglas.

**Tórax.** — “Los signos torácicos son muy variables en su expresión clínica, pero el hecho real de su existencia, en un cuadro de estenosis digestiva alta o baja, debe plantear al clínico la H. D. T. estrangulada”. Estos signos son: 1) disminución de la movilidad respiratoria del hemitórax izq., asociada a una respiración dolorosa y entrecortada, signo destacado por Michon (<sup>41</sup>); 2) disnea y cianosis, signos de insuficiencia respiratoria grave, de evolución progresiva e irreversible; 3) síndrome en menos de base izq., con los elementos semiológicos de un derrame pleural, cuyo carácter más constante es ser sanguinolento, de cantidad variable, llegando hasta dos litros en algunas observaciones, constituyendo un pseudohemotórax (Deaner <sup>10</sup>); 4) síndrome de enrarecimiento pulmonar por encima del derrame, determinado por la presencia de una cámara aérea supradiafragmática; 5) desplazamiento mediastinal a derecha, con traslación de la punta del corazón y de la tráquea, con agravación del desequilibrio cardiorespiratorio; 6) auscultación de ruidos hidroaéreos intestinales en el tórax.

**General.** — Siempre se trata de enfermos graves, shockados, deshidratados, descompensados del punto de vista respiratorio y cardiovascular. Todo ello explica su grave riesgo quirúrgico.

### **Antecedentes**

Hemos dejado para el final del resumen clínico de esta afección, *los antecedentes*, no por su importancia, sino que su hallazgo es realizado en nuevos interrogatorios, al sospechar la posibilidad de una H. D. T. estrangulada. Como dice J. Quenu “el recuerdo del traumatismo se halla borrado en la bruma del pasado y la cicatriz desaparecida”. Es obvio remarcar la importancia del traumatismo tóracoabdominal abierto o cerrado. El intervalo libre no es siempre asintomático, como en la obs. 1, si no que existen prodromos en un 30%. La estrangulación se produce en un 85% dentro de los 3 años, recordando los casos clínicos de Weiss (20 años) y de Gandy (40 años).

Como *conclusión del análisis Clínico* diremos en forma esquemática que: frente a toda estenosis gastrointestinal asociada a signos torácicos variables, se debe plantear la posibilidad de una H. D. T. estrangulada y buscar el antecedente traumático penetrante o no. La exacta valoración de los síntomas y signos de esta afección es de importancia vital, dado que la gravedad de estos pacientes no permiten el necesario estudio radiológico.

### **RADIOLOGIA**

El estudio radiológico constituye una ayuda invaluable en la confirmación diagnóstica, aunque su realización no es siempre factible por la extrema gravedad de estos pacientes (Ledoux-Lebard 32). El estudio radiológico comprende varias etapas:

#### **1º) Radioscopia y Radiografía Simple**

Los signos radiológicos de mayor importancia son: 1) la elevación aparente del hemidiafragma izq., de movilidad disminuida; 2) la presencia de un nivel hidroaéreo supradiafragmático en forma de una burbuja de aire, signo patognomónico de H. D. T. estrangulado; 3) sombras pulmonares atípicas en forma de espolones triangulares, en arcos de círculo o en celdas claras

con o sin nivel líquido, que traducen la comprensión pulmonar; 4) la existencia de un doble nivel hidroaéreo: uno pleural y el otro, intravisceral; 5) desplazamiento mediastinal a derecha. Un recurso útil lo constituye la radiografía simple con intubación gástrica con sonda Levine, que muestra la sonda en la cámara aérea supradiaphragmática. El hallazgo de estas imágenes radiológicas unido al cuadro clínico descrito, constituye la clave diagnóstica. Debemos destacar que una radiografía normal no lo descarta, puesto que el estrangulamiento puede estar situado por detrás de la sombra cardíaca (Sheridan 54). De ahí surge la necesidad del estudio radioscópico y del par radiográfico: frente y perfil izq. (Fig. 3).

## 2º) Radiografías Contrastadas

Estos exámenes deben efectuarse siempre que exista una duda diagnóstica, dado que su realización no es anodina, en enfermos con grave estado general como son los que presentan esta temible complicación.

Los estudios contrastados de mayor importancia son el estudio del tránsito esofágico y gástrico y el estudio del colon por enema baritado, dependiendo su jerarquía de la víscera herniada.

### a) Estudio de esófago y estómago por comida baritada

Se plantean cuatro eventualidades radiológicas:

1) cuando el anillo de estrangulación es poco firme, el bario pasa a la porción intratorácica del estómago y rellena distalmente el duodeno. Existe en estos casos, evidencias radiológicas de zona de constricción entre las zonas proximal y distal del estómago herniado, asociada a la existencia de la cámara gástrica intratorácica.

2) Si la constricción es mayor, la barita llena la porción herniada del estómago, pero falta distalmente el relleno.

3) Cuando la obstrucción es completa, se observa la detención de la comida baritada a nivel de la estrangulación, sin relleno de la parte herniada ni la distal.

4) La cuarta posibilidad es la observada por nosotros, en la cual la sustancia opaca pasa del esófago al duodeno a través



Fig. 3. — Radiografía Simple de la observación 1 que muestra los signos descriptos.



Fig. 4. — Se aprecia el desfiladero gástrico, traccionado hacia arriba y a la izquierda.

de un desfiladero gástrico, de amplitud variable, intraabdominal. Dicha zona estrechada se halla traccionada hacia la burbuja de aire intratorácica, con desplazamiento del píloro a la izq. y arri-



Fig. 5. — Se observa pasaje barita a la cámara supradiafragmática.

ba. En ciertos casos, se visualiza el pasaje de la barita a la bolsa supradiafragmática, hecho patognomónico. (Fig. 4 y 5).

#### b) Estudio de colon por enema baritado

Los hallazgos radiológicos posibles son:

1) Pasaje de la sustancia de contraste a la porción herniada del colon y de ésta a la zona proximal, con evidencias radiológicas de una estrechez y de la situación anormalmente alta del colon, en especial del ángulo esplénico y parte izq. de colon transverso.

2) Pasaje y relleno de la zona herniada con stop a nivel del asa proximal del colon.

3) Detención neta y permanente de la barita en el ángulo esplénico, situado en posición anormal y alta.

4) Relleno total del colon con zona de estenosis relativa, de situación alta, y en relación mediata con el nivel supradiafragmático.

5) En las H.D.T. estranguladas derechas, existe un elemento de valor: el ascenso del ángulo hepático del colon.

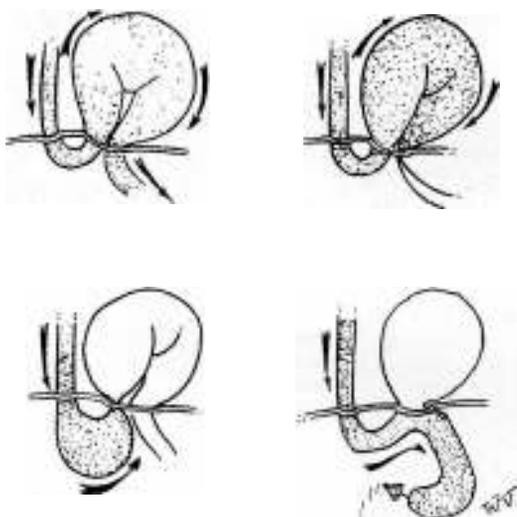


Fig. 6.

### c) Estudio de las Vías Biliares con biligrafina

Es de utilidad en casos de H. D. T. estrangulada del hemidiafragma derecho, para apreciar el ascenso del pedículo hepático situado en una posición anormal.

### EXAMENES DE LABORATORIO

El único signo humoral destacable, exceptuando el síndrome humoral electrolítico, es la anemia, con cifras menores a los dos millones de Glóbulos Rojos. Se explica esta anemia por la existencia de abundante derrame hemático en las cavidades pleural y peritoneal, según Carter, Giuseffi y Felson 7.

## DIAGNOSTICO

El cuadro clínico de la H. D. T. estrangulada es único y tan dramático, con una sintomatología tan característica y repetida, que el diagnóstico clínico no se realiza en primera instancia, por su poca frecuencia. Esto determina que no se piense en ella, frente a cuadros clínicos imprecisos, en los que el clínico se orienta

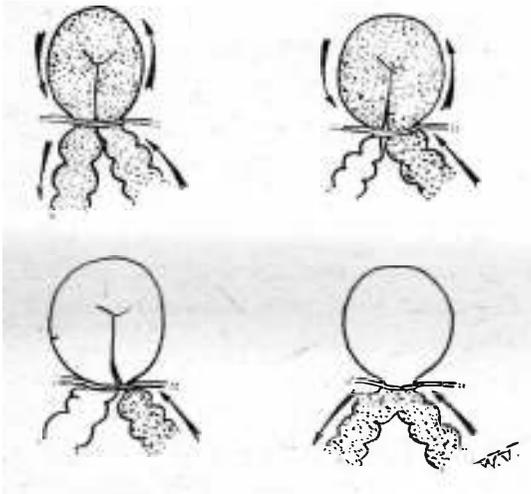


Fig. 7.

hacia otras afecciones más frecuentes. Por ello, la llave diagnóstica es la radiología.

Cumpliendo con la premisa clínica fundamental de pensar en la H. D. T. estrangulada, frente a toda estenosis gastrointestinal con síntomas torácicos variables y antecedente traumático tóracoabdominal, el pronóstico de esta temida complicación cambiará fundamentalmente.

## EVOLUCION

La H. D. T. estrangulada no tratada evoluciona hacia complicaciones de una gravedad inusitada, dependientes de la evolución de las lesiones viscerales y del desconocimiento de la afección.

Las vísceras estranguladas van al esfacelo y a la perforación, produciendo: pleuresía pútrida, constituyendo la pleurotomía el

primer gesto quirúrgico; mediastinitis pútrida; y, peritonitis graves con reducción de la hernia en algunos casos.

El desconocimiento de esta afección lleva a la adopción de medidas terapéuticas inadecuadas. La más frecuente es la toracentesis, con la constitución de fístulas tóracodigestivas gravísimas (Sommer 55). Otro error terapéutico es la derivación intestinal frente a una oclusión, cuya causa se desconoce.

### PRONOSTICO

La muerte es el fin habitual de la H. D. T. desconocida. Las cifras de mortalidad que aún se mantienen, es debido como sostienen Delannoy 11, Carter 6, Pearson 45, al desconocimiento del cuadro clínico de esta afección, lo que impide un diagnóstico precoz.

Las cifras de mortalidad varían, según los distintos autores entre el 25 % para Carter y Giuseffi 6,30 % para Delannoy 11,70 % para Quenu 50,75 % para Dugan y Samson 14 %.

Los factores que agravan el pronóstico, además del enunciado anteriormente, son: la presencia del estómago en el contenido herniario (36), puesto que determina una expoliación hidroelectrolítica precoz; la existencia de adherencias firmes a las estructuras torácicas; el tiempo de evolución del estrangulamiento, ya que la producción de lesiones necróticas de los órganos herniados, exigen un tratamiento radical de mayor riesgo.

Es lamentable que, a pesar de los progresos técnicos quirúrgicos y anestésicos, se mantenga inconvencible el pronóstico sombrío de esta afección.

### TRATAMIENTO

La cura quirúrgica de esta afección representa el sumun de dificultades operatorias en cirugía de urgencia y crea un pronóstico sombrío, en una materia donde el pesimismo es la regla. La dificultad reside, en primer lugar, en la necesidad de una cura radical; en segundo término, en que ella es grave y shockante; y, por último, en la gravedad de estos enfermos, que requieren un tratamiento preoperatorio intenso y breve.

Las medidas preoperatorias deben conducir a mejorar el estado general de shock con plasma y sangre fresca, a combatir la insuficiencia respiratoria con oxígeno y estimulantes respiratorios, y a disminuir la tensión intraabdominal con lavado gástrico e intubación con sonda a remolque (Larghero).

Debemos tener el convencimiento que el mejor tratamiento es la intervención quirúrgica, y por ello ésta debe ser realizada inmediatamente de efectuado el diagnóstico.

Analizaremos sucesivamente, la operación ideal, las operaciones de necesidad y, en tercer término, el tratamiento de las fístulas tóracodigestivas.

### I) Operación ideal - Cura radical

*Anestesia:* la anestesia general con intubación traqueal es la de elección, aunque algunos autores, prefieren la raquídea.

*Vía de abordaje:* el problema tan debatido del abordaje de la Hernia Diafragmática acentúa su discusión en esta afección. Creemos por múltiples razones, que el abordaje debe constar de dos tiempos operatorios: un primer tiempo abdominal y un segundo torácico. Las razones son las siguientes: 1) la agresión quirúrgica es menor; 2) vía de abordaje rápido de la lesión, ecuación fundamental de la cirugía de urgencia; 3) permite un balance lesional preciso, estableciendo correctamente las relaciones de los órganos herniados, lo que disminuye la posibilidad de injuriarlos; 4) facilita la realización de maniobras tendientes a reducir la hernia (gastrotomía, sección del anillo); 5) campo operatorio amplio para las resecciones viscerales; 6) en caso de duda diagnóstica. De acuerdo a lo expuesto, el primer tiempo operatorio debe ser abdominal, pero ello no excluye en ciertos casos clínicos (estrangulación de pocas horas de evolución, ausencia de elementos clínicos sospechosos de lesiones irreversibles viscerales), de adoptar una vía de abordaje primariamente torácica.

La obligatoriedad de una toracotomía como segundo tiempo operatorio, surge de la necesidad de un cierre correcto del diafragma y del drenaje del tórax.

*Incisión:* la incisión abdominal adecuada dependerá funda-

mentalmente de los órganos involucrados y de la configuración del tórax: transversa epigástrica y de hipocondrio izq. en los brevilíneos, y mediana o paramediana en los longilíneos

La toracotomía debe ser baja, con resección de la octava costilla.

Siguiendo a Larghero se prefiere esta conducta a una toracofrenolaparotomía de Mérola 9, en cirugía de urgencia, por ser de más compleja realización y de mayor duración, para realizar un cierre correcto.

*Táctica operatoria.* La táctica a seguir depende del balance lesional operatorio.

a) *Lesiones viscerales:* si ellas son reversibles, la reintegración; si son irreversibles depende del órgano afectado. Si es *estómago*, la extensión de la lesión es de fundamental importancia, ya que la conducta a adoptar puede ir de un simple cierre en dos planos (Lam 28), a una resección cuneiforme (Hoffman 25, Ochsner 40), a una gastrectomía subtotal (observación clínica N° 1) o a una gastrectomía total (Sheridan 50).

Si es *intestino delgado*, se realiza la resección y la anastomosis término-terminal.

Si es *colon*, la existencia de lesiones necróticas obliga a su exteriorización, o en su defecto, la resección con colostomía proximal, como en nuestra observación N° 2.

b) *Lesiones del diafragma.* La necesidad del cierre de la brecha diafragmática es de vital importancia, como lo testimonia Quenu 46, con la siguiente estadística: 90 % de mortalidad, cuando no se sutura, y 40 % si se sutura. El cierre correcto del orificio diafragmático es imprescindible, y si este objetivo no se logra por el tiempo abdominal, se consigue por la toracotomía. La sutura debe practicarse previo revivamiento de los bordes, con puntos separados de material no reabsorbible. Si la brecha diafragmática es grande, hecho excepcional en la Hernia Diafragmática Traumática estrangulada, se puede recurrir a diversas maniobras: injerto de fascia lata, colgajo pediculado del pericardio (método de Desforges 13) o a la sutura de la cúpula gástrica alrededor del orificio. Creemos que estos dos últimos procedimientos son de mayor simplicidad y solucionan satisfactoria-

mente el problema de urgencia. Se ha aconsejado la parálisis frénica para favorecer la sutura y mantenerla, aunque su uso actual se halla restringido, puesto que las drogas curarizantes producen una relajación apta para la sutura.

c) *Lesiones asociadas.* El hallazgo de lesiones asociadas en las vísceras estranguladas no exigen un tratamiento de las mismas, dado que incrementan el riesgo operatorio. Las lesiones referidas en la literatura son: úlcera (Oschner 40), carcinoma (Mc Kain 36).

## II) Operaciones de necesidad

Consideramos como tales, aquellas intervenciones en que el estado del paciente es de tal gravedad, que es imprescindible una operación mínima, poco traumática y dirigida a tratar las complicaciones del estrangulamiento, exclusivamente. Dentro de estas intervenciones tenemos: a) *sobre el frénico*, cuyo fin es conseguir la relajación del anillo de estrangulación, habiendo observado Harrington la desaparición de la estrangulación. A pesar de ello no creemos que la sección nerviosa pueda influir sobre el anillo fibroso y rígido de la Hernia Diafragmática Traumática, aunque puede ser útil en la Hernia Hiatal estrangulada. b) *derivaciones intestinales*, que tratan la oclusión de colon por derivación proximal y se ha hecho como primer tiempo, con algunos resultados como los de Denis 12, Quenu 47, Harrington, Fernícola 2, en pacientes que otra terapéutica hubiese sido excesiva. Este tipo de operación se realiza en casos de oclusión intestinal, cuya causa se desconoce en el acto operatorio.

Concluyendo, las operaciones de necesidad tienen un resultado incierto e indicaciones muy limitadas.

## III) Tratamiento de las complicaciones

Nos vamos a referir a las fístulas tóracodigestivas, complicaciones graves, que se presentan bajo dos formas clínicas:

1) *Fístula Toracogástrica.* Lindskog y Lawrence 32 se han ocupado de esta complicación y aconsejan la siguiente conducta: en un primer tiempo, por la gravedad del enfermo, realizan el drenaje pleural, la aspiración gástrica continua y yeyunostomía

para alimentación correcta. Una vez estabilizado el enfermo: cierre de la perforación gástrica en tres planos, reducción de la hernia, sutura de la brecha diafragmática, y drenaje pleural.

2) *Fístula Toracocólica*. Carter, Giuseffi y Felson 7 presentan una complicación de este tipo tratada de la siguiente forma: Pleurostomía mínima y cecostomía; a los siete días, exteriorización del colon perforado y cierre de la brecha diafragmática.

### SUMARIO

1) Se presentan tres casos de Hernia Diafragmática Traumática Estrangulada: uno, con Gangrena gástrica, por lo cual se le practicó una gastrectomía subtotal, de buena evolución post-operatoria.

2) Se plantea la necesidad de un diagnóstico precoz para mejorar el pronóstico sombrío de esta afección, para lo cual se debe pensar en ella frente a toda estenosis gastrointestinal, asociada a signos torácicos variables, con o sin antecedente traumático.

3) Se destaca la importancia de un estudio radioscópico y radiológico correcto.

4) Se señala la necesidad de una cura radical en el tratamiento de esta temible complicación de las hernias diafragmáticas traumáticas.

### BIBLIOGRAFIA

1. BERMUDEZ, O. — Cuadros Agudos del Tórax. Pág. 155-162. Editorial Científica de la Fac. de Med. Montevideo. Uruguay. 1960.
2. BOGETTI, H. y LOYUDICE, F. — Hernia Diafragmática Postrauumática. Bol. Trab. Soc. Arg. Cir., 2:651;1950.
3. BREA, M. y JURADO, P. — Hernia Diafragmática del Colon Estrangulada. Acad. Arg. de Cir., 29:506-513; 1945.
4. BROCCQ, P. — Traité des Urgences en Chirurgie. Edit. Masson et Cie. París 1956. Vol. 2 Pág. 943-939.
5. CARPANELLI, J. B. — Evisceración Traumática del Diafragma. Bol. Soc. Cir. B. Aires, 40:917;1956.
6. CARTER, N. B. and GIUSEFFI, J. — Strangulated Diaphragmatic Hernia. Ann. Surg., 128:210;1948.
7. CARTER, N. B., GIUSEFFI, J. and FELSON B. — Traumatic Diaphragmatic Hernia. Am. J. Roentg., 65:56-71;1951.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

8. CESANELLI, A. y BORETTI, J. J. — Hernias Diafragmáticas Traumáticas. 29 Congreso Argentino de Cirugía. Buenos Aires. 1958.
9. CLIVIO DURANTE, T. — Hernia Diafragmática Post-traumática Estrangulada. Bol. Soc. Cir. Uruguay, 23:450;1952.
10. DEANER, S., MC MENEMEY, W. and SMITH, S. — Hemothorax due to Strangulated Diaphragmatic Hernia. Brit. Med. J., 1:72;1943.
11. DELANNOY, E. — Etranglement de Hernies Diaphragmatiques. Rev. Pract., 6:2537-2547;1956.
12. DENIS, R. — Hernie Diaphragmatique Etranglée. Lyon Chir., 31: 51:1934.
13. DESFORGES, G., STRIEDER, J., LYNCH, J. and MADOFF, I. — Traumatic Rupture of the Diaphragm. J. Thorac. Surg., 34:779-797: 1957.
14. DUGAN, D. and SAMSON, P. — Strangulation of the Stomach, and Traumatic Diaphragmatic Hernia. J. Thorac. Surg., 17:771;1948.
15. DUHAMEL, B. — Hernie Diaphragmatique Etranglée. Encyclopedie Méd. Chir. Peritoine, Hernies, 2027:1959.
16. GARDINER, H. — Diaphragmatic Hernia with Torsion of the Stomach and Acute Obstruction Br. Med. J., 2:114;1944.
17. GIBSON, FRANK. — The Diagnosis of Diaphragmatic Hernia With Acute Obstruction J.A.M.A., 93:1719-1724;1929.
18. GIURIA, F. — Hernia Diafragmática Traumática. Bol. Soc. Cir. Uruguay, 29:121-124;1958.
19. GRAGE, T. B., MAC LEAN, I. and CAMPBELL, G. — Traumatic Rupture of the Diaphragm. Surgery, 46:669-681;1959.
20. HAMILTON, J., PHILLIPS, T. — Traumatic Hernia of the Diaphragm with Strangulation and Gangrena of the Stomach. Am. J. Surg., 78:686;1949.
21. HARRINGTON, S. W. — The Surgical Treatment of the more common Types of Diaphragmatic Hernia. Ann. Surg., 122:546-568;1945.
22. HARRINGTON, S. W. — Various Types of Diaphragmatic Hernia Treated Surgically. Surg., Gynec. & Obst., 86:735;1948.
24. HARRINGTON, S. W. — Hernia Diafragmática. Operaciones Abdominales por R. Maingot. Trad. B. Aires, Edit. Bibliográfica Argentina, 2:759;1957.
25. HOFFMAN, W., LEVY, N., SOLE, E. and LEWITAN, A. — Strangulated Diaphragmatic Hernia. Arch. Surg., 69:125-131;1954.
26. HOLMES SELLORS, T. and PAPP, C. — Strangulated Diaphragmatic Hernia with Torsion of the Stomach. Brit. J. Surg., 43:289-292; 1955.
27. HUGUIER, J., CREPY, J. and DJIAN, L. — Hernie Diaphragmatique Etranglée. Mem. Acad. Chir., 75:737;1949.
28. HUGHES, F. KAY, E. MEADE, R., HUDSON, T. and JOHNSON, J. — Traumatic Diaphragmatic Hernia. J. Thorac. Surg., 17:99-110;1948.

**BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY**

29. JOYNT, G. H. — Strangulated Hernia with Gangrene and Perforation Stomach. *Surgery*, 40:696;1956.
  30. LAM, C. R. — Treatment of Traumatic Hernia of the Diaphragm. *Arch. Surg.*, 60:421-430;1950.
  31. LAUSTELA, E. and TALA, P. — Traumatic Diaphragmatic Hernia. *Annales Chirurgiae et Gynaecologiae Fenniae*, 48:1-45;1959.
  32. LEDOUX-LEBAR, G. R. — Hernies Diaphragmatiques Etranglées. *J. Radiol. Electrol.*, 32:779-783;1957.
  33. LEPOIVRE, R. — A propos de la pathogenie de la lesion dite étranglement des Hernies Diaphragmatiques. *These Paris*; 1951.
  34. LINDSKOG, G. and LAWRENCE, E. — The Treatment of Thoracogastic Fistula. *J. Thorac. Surg.*, 16:477-483;1947.
  35. LOUBEJAC, A. M. — Hernia Diafragmática Estrangulada de Estómago. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 12:19;1941.
  36. MAGENDIE, P. — Hernie Diaphragmatique Etranglée avec Perforation Gastrique. *Bull. Med. Bordeaux*, 124:35;1947.
  37. MAGNIN, R., CHEVALIER and COURTADON, L. — Etranglement d'une Hernie Diaphragmatique Consecutive a une Pneumonectomie Totale Gauche. *Le Poumon et le Coeur*, 11:129;1955.
  38. MC KAIN, J. and BADAME, J. — An unusual Complication of Hiatus Hernia. *Am. J. Surg.*, 98:756-757;1959.
  39. MC KENZIE, I. — Management of Strangulated Hernia. *S. Clin. North America*, 40:1367-1384; 1960.
  40. MAINETTI, J. M. — Hernia Diafragmática Traumática con Vólvulo Gástrico. *Bol. Trab. Acad. Arg. Cir.*, 32:203;1948.
  41. MICHON, J. — L'étranglement des Hernies Diaphragmatiques. *Jour. Chir.*, 65:25-39;1949.
  42. MORGAN, K., ROWE, W. and Potozky, H. — Traumatic Diaphragmatic Hernia. *J. South Carolina Med. Assoc.*, 46:15;1950.
  43. OCHSNER, S. and OCHSNER, A. — Hiatal Hernia with Gastric Occlusion and Intrathoracic Perforation of Gastric Ulcer on the Greater Curvature. *Am. J. Surg.*, 96: 562-564; 1958.
  44. PAVLOVSKY, A. — A propósito de las Hernias Diafragmáticas. *Bol. Soc. Cir. B. Aires*, 38: 345; 1955.
  45. PEARSON, S. — Strangulated Diaphragmatic Hernia. *Arch. Surg.*, 66: 155-165; 1953.
  46. PEREZ FONTANA, V. — Anatomía Quirúrgica de las Hernias Abdominales. *Fac. Med. Montevideo*, 1950.
  47. PERRY, T.; FRANCIS, W. and LONERGAN, J. — Traumatic Diaphragmatic Hernia. *Arch. Surg.*, 75: 763-769; 1957.
  48. PEYCELON, R.; REPLUMAZ, P. and BERNEZ, J. — *Lyon Chir.*, 53: 928; 1957.
- S
49. PRADERI, R. — Ruptura Diafragmática por Contusión Abdominal. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 29: 86-96; 1958.

**BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY**

50. QUENU, J. et PERROTIN, J. — *Traité de Technique Chirurgicale. Hernie Diaphragmatique Etranglée*, 6: 295; 1955. Edit. Masson, Paris.
51. QUENU, J. and MOREAUX, J. — *Les Hernies Diaphragmatiques Traumatiques. Rev. Prat.*, 6: 2547-2561; 1956.
52. RUSELL, M. — *Traumatic Diaphragmatic Hernia. Ann. Surg.*, 91: 679-687; 1930.
53. SCHNEIDER, CH. — *Traumatic Diaphragmatic Hernia. Am. J. Surg.*, 90: 986-993; 1955.
54. SHERIDAN, J. — *Incarcerated Diaphragmatic Hernia with Gangrene of the Stomach. Surgery*, 38: 741-747; 1955.
55. SOMMER, G.; TRENTON, N. and MILLS, W. — *Thoracogastric Fistula and Multilocular Empyemá complicating post-traumatic Diaphragmatic Hernia. J. Thorac. Surg.*, 16: 265-168; 1947.
56. VISTORICA, A. — *Hernia Diafragmática IX Congreso de Cirugía Uruguayo*, 1: 185-202; 1958.

**Dr. Raúl Praderi.** — En primer lugar quiero felicitar al Dr. Cazabán por el interesante y completo trabajo que ha traído aquí, en el cual estudia una serie de aspectos que son de gran interés, como por ejemplo el diagnóstico radiológico.

Quiero aprovechar la oportunidad para destacar dos o tres hechos. El primero de ellos es de interés histórico: la primera observación publicada de este tipo de intervención, es la presentada por Loubejac y Velarde Perez a esta sociedad hace cerca de 20 años.

Según Michael de Bakey, es el primer caso de hernia diafragmática traumática estrangulada operada, publicado en la literatura. En 2º lugar, quería destacar otro hecho que es la existencia de un tipo de hernias diafragmáticas que se presentan en Clínica, igual a ésta; que son las hernias diafragmáticas post-traumáticas, después del traumatismo cerrado de tórax. Es un capítulo interesante de cirugía de urgencia, del cual yo creo que a esta Sociedad no se ha traído ninguna observación y que a diferencia de estos casos, no tiene antecedentes de heridas. Y es interesante destacar la observación que hacía recién el Dr. Cazabán de que en un caso la herida era tan pequeña que pasó prácticamente desapercibida. O sea que el cirujano se encontró en la misma situación que si operara un enfermo con antecedente traumático desconocido. Yo conozco dos observaciones de hernia post-traumática estrangulada, que fueron operados por el Prof. Chifflet, de una de ellas no recuerdo los detalles, pero la otra se la he oído relatar alguna vez, se trataba de una muchacha joven que se cayó de un árbol y recibió un traumatismo de tórax e hizo un cuadro doloroso con vómitos, etc., y en la intervención se encontró una ruptura de diafragma con una estrangulación de este tipo. Tal vez sería interesante traer esas observaciones a esta Sociedad. Y finalmente quería llamar la

atención sobre el abordaje de estas hernias estranguladas. Harrington que es el autor que tiene tal vez más experiencia en este tipo de cirugía, aconseja la vía abdominal pura. Y soluciona prácticamente todos los problemas por la vía abdominal pura. Uds. vieron en una de las observaciones que los problemas post-operatorios no fueron abdominales pese a la extrangulación gástrica, etc. Pero pese a utilizarse la vía abdominal pura se puede colocar sin abrir el tórax un drenaje pleural por el propio orificio diafragmático y sacarlo por la pared torácica. Es una situación que se plantea en casos de heridas tóracoabdominales en las cuales el cirujano por el pequeño agujero de la herida pone un drenaje pleural externo para poder aspirar el tórax y después cierra el diafragma. Nada más.

**Dr. Otero.** — En primer lugar me voy a referir a la cita histórica del Dr. Raul Praderi, que dice que según sus investigaciones bibliográficas la primera intervención corresponde cronológicamente a los Dres. Pérez Fontana y Loubejac, y señala con ciertas dudas que cree que es la primera que figura en la literatura como hernia diafragmática traumática estrangulada. No estoy en estos momentos en condiciones de negar ni afirmar este hecho pero tengo la impresión de que muchísimo antes de eso, en el curso de la post-guerra del XIV al XVIII ha habido numerosos casos escritos de hernia diafragmática traumática estrangulada operados. Esa es mi impresión. Digo esto porque es importante establecerlo, ya que si bien sería interesante que ese trabajo mencionado fuera el primero, empero creo, sin asegurarlo, que no es así.

Ahora referente al asunto del diagnóstico diré que la hernia diafragmática traumática estrangulada se presenta (aunque no he operado ninguno, ni he visto tampoco ninguno personalmente), se presenta en general como un cuadro oclusivo o como un cuadro agudo de vientre superior. Me voy a referir particularmente a la situación que se presenta frente a una oclusión. Hay un hecho fundamental en clínica, que es buscar siempre en primer lugar la presencia posible de hernias estranguladas ignoradas, como causas de la oclusión. O sea, que lo elemental, lo básico, en el estudio clínico de la oclusión es descartar su origen, en una hernia estrangulada externa. Y con frecuencia he visto que una hernia crural estrangulada, pasa desapercibida. He tenido que actuar por lo menos dos o tres veces frente a cirujanos de bastante experiencia y de bastante capacidad clínica, que desconocieron sin embargo que una determinada enferma de oclusión tenía en realidad una hernia crural estrangulada. Si esto es así para los orificios externos del abdomen, cuanto más será verdadero frente a las hernias diafragmáticas estranguladas, y cuanto mayor es el riesgo de ignorar esta causa de oclusión en el diagnóstico preoperatorio. Entonces, yo creo que nosotros tendríamos que establecer como principio sistemático o standard del examen de una oclusión intestinal, no sólo estudiar los orificios herniarios de estrangulamiento externo vi-

sible, sino también el estrangulamiento posible a través del diafragma que ese también es un estrangulamiento externo, aunque no reconocible por la palpación. Y la manera de que pudiera evitarse ese error de una manera digamos lo más perfecta posible, sería a mi modo de ver haciendo el estudio radiológico sistemático del tórax en todo cuadro agudo de vientre superior y en todo cuadro de oclusión aguda. Es decir, que además de pedir el estudio radiológico de abdomen se debería pedir siempre un estudio radiológico de tórax porque como dice el Dr. Cazabán la placa de abdomen puede no ser suficientemente alta para mostrar los hechos radiológicos que pudieran poner sobre la pista de una hernia traumática estrangulada diafragmática. De manera que se me ocurre que de la misma manera que se hace el examen sistemático de los orificios herniarios, se debería hacer en toda oclusión el estudio radiológico sistemático del tórax de frente y de perfil, en agudo. Además en todos los casos en que hubieran dudas se debería completar con el estudio radiológico por ingestión o por enema. Creo que ese estudio radiológico, en los casos de duda, debe ser asesorado por un radiólogo de carrera, porque muy a menudo el cirujano no está en condiciones o no es capaz de dilucidar las imágenes confusas que puedan surgir. De hecho, toda oclusión intestinal que tenga una imagen de base izquierda sospechosa o de difícil interpretación, habrá que pensar siempre en la posibilidad de una hernia traumática estrangulada.

En segundo lugar es indudable que hay que intervenir sistemáticamente toda hernia diafragmática traumática estrangulada, y digo esto porque me da la impresión de que el Dr. Cazabán presenta los hechos como si alguien pudiese dudar de eso, no ciertamente que él tenga dudas, pero no creo que se pueda suponer que ningún cirujano dude de que debe intervenir de urgencia toda hernia estrangulada (diafragmática o no). Yo creo que no hay ninguna discusión posible, y que hecho el diagnóstico la indicación operatoria es completamente radical. No se puede de ninguna manera hacer otra cosa, salvo que el enfermo esté moribundo. Y la intervención debe hacerse sobre la región estrangulada, salvo que el enfermo esté tan grave como dice él, que fuera mejor hacer una derivación para obviar ese momento difícil.

En principio, entonces, nosotros pensamos que la intervención de la hernia diafragmática traumática estrangulada debe hacerse sobre la región afectada; nos parece que del mismo modo que se hace la intervención de la hernia externa por vía externa, tendría también que hacerse la intervención de la hernia diafragmática estrangulada por vía externa, es decir torácica. Porque me parece que debe evitarse en lo posible manejar el estómago o el colon o el delgado distendidos, traumatizarlos lo menos posible; y me parece que debe evitarse de ir a trabajar lejos y profundamente sobre el diafragma por vía abdominal, cuando uno tiene por vía torácica un acceso mucho más directo, mucho más sencillo, y

mucho más simple. De manera que yo, que como repito no tengo experiencia en hernias diafragmáticas traumáticas estranguladas se me ocurre y pienso que la lógica posición es abordar la hernia por la vía externa abdominal, es decir supradiafragmática, es decir torácica. Puede haber un inconveniente en el hecho de que se trate de un enfermo con un estado general grave, y que la agresión traumática sea mayor por vía torácica. Sin embargo me parece que si yo balanceara los hechos, me parecería más agresivo entrar en abdomen distendido, que entrar en un tórax que no tiene nada, excepto el contenido estrangulado, que es abordado directamente como en el caso de las hernias externas. Además, respaldando esta misma opinión recuerdo haber leído, y estoy casi seguro de ello un magistral artículo de Noland Carter, cirujano de gran categoría, que preconiza la vía torácica sistemática, según yo tengo entendido, la hernia traumática estrangulada diafragmática, con resultados muy buenos y que a uno le da la impresión leyendo este trabajo, de que esa y no otra es la vía conveniente. Ahora bien, puede esta vía ser insuficiente en el sentido de que requiera mayor amplitud hacia el abdomen cuando sea necesario reseca vísceras por ejemplo, y entonces hay que valerse de una incisión que vaya hacia el abdomen, y yo tengo entendido que en el trabajo de Noland Carter él preconiza la toracofreno laparotomía cuando sea necesario. No tengo opinión personal por falta de experiencia directa, pero tengo casi la seguridad de que este es un trabajo importante, un trabajo fundamental, clásico. Por lo tanto yo diría que mi impresión personal que frente a una hernia diafragmática traumática estrangulada, la vía de elección es la torácica, y que si es necesario emplearla hay que emplearla en el sentido de una toracofrenolaparotomía o de una laparotomía complementaria.

Ahora hay otra cuestión que el Dr. Cazabán señala, que es la resección del estómago y la resección de colon en dos de los casos en los cuales él tuvo que actuar. Yo tengo, respecto a la resección visceral en los estrangulamientos, una opinión bastante definida en el sentido de que generalmente se reseca en estos últimos tiempos, mucho más frecuentemente de lo que sería necesario. Yo tengo la impresión de que frente a una lesión que es perfectamente reversible muchos cirujanos, sobre todo los jóvenes, actualmente resecan porque les parece que la víscera no es viable. Y me ha pasado más de una vez que en el curso de una operación por hernia estrangulada, por ejemplo porque era una infiltración de hematoma muy grande me dicen: "¿cómo, y no reseca?", y sin embargo no hay ninguna indicación de reseca. Digo esto porque evidentemente es completamente diferente hacer un tratamiento de la hernia traumática estrangulada con reducción simple y cierre del diafragma, que hacer un tratamiento de estrangulamiento más resección. Desde luego que si la resección es obligatoria su indicación es indiscutible; y no discuto la indicación que hayan podido tener los casos del Dr. Cazabán. Sin embargo

me permito pensar que en general, en términos generales, el estómago es una víscera sumamente activa, de una circulación muy rica, de modo que tengo tendencia a pensar que ofrece una enorme resistencia a la necrosis. De manera que se debe resecar cuando netamente hay necrosis, cuando hay lesión evidentemente irreversible, y cuando hay una infiltración hemorrágica, más o menos intensa, más o menos impresionante, pero donde la víscera puede ser perfectamente viable.

Yo voy a relatar un caso mío personal que no es una hernia traumática sino que es una hernia hiatal, en la cual una señora de unos 80 años más o menos me consulta en una guardia del Hospital de Clínicas porque sabiendo que tenía una hernia diafragmática hiatal que le había sido estudiada en la Clínica del Dr. Stajano donde le habían dicho que no convenía operarla porque no tenía ningún trastorno funcional y tenía ya entonces más de 70 años; sabiendo entonces como digo que tenía esa hernia nos consultó en ese momento agudo por un síndrome de disfagia. No podía tragar absolutamente nada y todo lo que tragaba, prácticamente lo regurgitaba. Frente a esta enferma pensé en estrangulamiento. Como la enferma tenía mucha edad (83 años) y como en aquel momento yo pensaba solamente en la vía torácica, me parecía una agresión demasiado grande para una señora de esa edad. La pasé a la sala, donde estuvo en estudio y en observación, porque en general como dice el Prof. Suiffet, esas hernias hiatales no llegan a un estrangulamiento cerrado, completo, pero es un estrangulamiento en el sentido de que hay constricción y trastornos del pasaje. Entonces, el Prof. del Campo me aconsejó hacerle con anestesia local una incisión sub-costal izquierda y hacerle la operación de Nissen. Y es lo que yo le hice a esa enferma que tenía los tres cuartos más o menos del estómago en el tórax, en el mediastino, retropericárdico. Entonces pude traer fácilmente el estómago hacia abajo, desde el abdomen. Tenía una infiltración de la pequeña curva en el sentido vertical de unos 10 cms., en el sentido ántero-posterior como de 5 a 6 cms. y en el sentido del espesor como de 4 o 5 cms. que yo tomé como carcinoma en ese momento. Tal era la infiltración de la pared que me hizo pensar en eso, pero como no había metástasis por ningún lado, ni tampoco era el momento oportuno de resecar, le hice simplemente la operación de Nissen. La enferma marchó perfectamente bien y está perfectamente bien en el momento actual, a más de un año de distancia, porque esa infiltración que supuse carcinomatosa era en realidad una infiltración por constricción de la hernia. Esto lo digo nada más que al pasar, como un caso relatado, que es el único que yo tengo en mi experiencia de estrangulamiento de hernias diafragmáticas, pero que es un estrangulamiento digamos atenuado de una hernia hiatal manifestándose no por oclusión sino por disfagia, es decir por impedimento del tránsito digestivo hacia el estómago o mejor dicho de la deglución.

Voy a resumir todo lo que dije porque es un asunto de sumo interés

desde el punto de vista de la Cirugía de urgencia diciendo: Primero desde el punto de vista histórico creo que hay antecedentes respecto a la intervención por hernia estrangulada diafragmática traumática antes del caso del Dr. Perez Fontana. Segundo, respecto al diagnóstico me parece que hay que hacer siempre estudio radiológico sistemático del tórax de frente y de perfil. Tercero, desde el punto de vista del abordaje creo que es por vía torácica que hay que hacerlo, porque estoy convencido de que está la mejor y más directa vía de abordaje y cuarto, desde el punto de vista de la resección me parece que hay que hacerla solamente cuando la indicación es evidente, definida y no frente a una indicación dudosa. Porque la actitud de espíritu del cirujano de urgencia varía entre esos dos extremos. Si es dudosa reseca siempre, porque no puede quedar con la duda, y en el otro estado de espíritu reseca cuando está seguro, convencido de que la lesión no es reversible. Entonces entre esos dos extremos muy a menudo y según el temperamento de cada cual, se resecan lesiones que podrían perfectamente resolverse sin ese tipo de solución tan radical.

**Dr. Priario.** — Me ha resultado muy interesante el trabajo presentado por el Dr. Cazabán. Quería hacer hincapié en algunos de sus elementos. Uno de ellos es las dificultades diagnósticas. De los tres casos, en uno no pudo hacer el diagnóstico. Y esto que le ha sucedido al Dr. Cazabán le ha pasado a todos los autores que han escrito sobre el tema. El diagnóstico de hernia diafragmática estrangulada es por demás difícil, salvo en aquellos casos en que el paciente relata claramente ser portador de una hernia diafragmática, de lo contrario el diagnóstico puede ser muy difícil. Incluso hay una publicación en "Surgery", Vol. 40 del año 56, una publicación por un autor llamado Joynt, en la cual publica un caso, un cuadro agudo de abdomen superior, donde hicieron diagnóstico de ulcus perforado. Intervinieron al enfermo, en la intervención quirúrgica inclusive no pudieron orientarse ni tampoco hicieron el diagnóstico de hernia diafragmática. Y ese paciente fue recién reintervenido dos o tres días después, pudiendo solucionarle el problema que presentaba, y recién dos o tres días después de la primera intervención, el paciente fue diagnosticado correctamente. Esto es para afirmar una vez más la importancia que tiene la buena anamnesis para poder hacer el diagnóstico, dado que esta afección, estrangulamiento de la hernia diafragmática puede ser de un pronóstico relativamente benigno, siempre que el diagnóstico sea precoz. Pero si pasan las horas, como en toda hernia estrangulada, cualquiera que sea su localización, el diagnóstico es mucho más grave. Nosotros tuvimos oportunidad de operar hace poco una hernia diafragmática estrangulada. Ahora bien, no correspondía a una hernia paraesofágica. Digo muy raro porque solamente el 10 % de las hernias estranguladas corresponden a hernias no trau-

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

máticas. Se trataba de una señora de 60 años con antecedentes de dispepsia hepatobiliar que fue enviada al sanatorio con diagnóstico de colecistopancreatitis aguda. Cuando la examinamos, nos llamó la atención de que el vientre era demasiado libre para corresponder a una pancreatitis, pero en virtud de la orientación del colega le hicimos una radiografía y con la radiografía pudimos hacer el diagnóstico de hernia diafragmática estrangulada. En la intervención encontramos que presentaba un orificio de naturaleza congénita, paraesofágico con el cardias en su sitio y un estómago dado vuelta con el antro metido en el orificio de estrangulamiento, es decir lo que llaman los autores ingleses el "up side down". A este paciente también tuvimos que hacerle la misma maniobra que hizo el Dr. Cazabán en uno de ellos. Para poder dominar la situación tuvimos que hacerle una gastrotomía, y evacuamos dos o tres litros de contenido hemorrágico. Me ayudaba en ello el Dr. Gilardoni, y después de evacuado con un aspirador de Finochietto el contenido gástrico, recién pudimos dominar la situación. En ese caso el estómago no estaba necrosado, sí estaba congestivo, hemorrágico, pero no necrosado y pudo ser suturado el diafragma. A la vez pudo ser tratada una litiasis coledociana y vesicular que tenía la paciente.

**Dr. Suiffet:** Deseamos hacer algunos comentarios a la comunicación del Dr. Cazabán. Nuestra experiencia en el problema de las hernias diafragmáticas traumáticas estranguladas es limitada. Hay algunos puntos de contacto en el problema del diagnóstico y del tratamiento, con el de las hernias diafragmáticas estranguladas no traumáticas. Con motivo de la observación que ha relatado el Dr. Priario, nosotros juntamos nuestras observaciones personales que van a ser después, unidas a la del Dr. Priario motivo de una comunicación sobre hernias diafragmáticas estranguladas no traumáticas. El problema es distinto en cuanto a la etiología y diagnóstico, pero muy similar en cuanto a las situaciones que se pueden crear. Hemos tenido oportunidad de tratar cuatro hernias diafragmáticas no traumáticas estranguladas. Una del Hiato de Morgagni, otra del sector pósterolateral en la parte central, otra en la parte posterior del sector pósterolateral y otra del hiato esofágico. Es mucho más difícil en estos casos el diagnóstico que en las hernias traumáticas. Es interesante haberle escuchado al Dr. Cazabán decir que aún habiendo un antecedente, este puede pasar desapercibido. Cuando se trata de una hernia no traumática, el problema es muchísimo más complejo. A veces el paciente conoce, pero la mayor parte de las veces desconoce que tiene una hernia diafragmática. Vemos que aún existiendo el antecedente, y seguramente la cicatriz de la herida o de la intervención que motivó la herida, esto puede pasar desapercibido. Es muy importante tenerlo en cuenta. En una de nuestras observaciones, el paciente que había recibido una herida de bala hacía 20 años, en el hemitórax izquierdo, entrando por el 2o. espacio intercostal

izquierdo, y saliendo a la altura de la parte media de la escápula y había curado con tratamiento médico. Después de 20 años el enfermo tuvo una oclusión intestinal en la cual por la clínica y por la radiografía se hizo diagnóstico de oclusión intestinal cerrada por neoplasma de colon. Tenía un obstáculo en el tránsito del colon cerca del ángulo izquierdo y se le practicó una cecostomía. El enfermo mejoró y reestudiado se llegó casi a la seguridad de que el paciente tenía una hernia diafragmática. Entonces intervenimos nosotros y comprobamos que tenía una hernia diafragmática, a contenido colónico con epiplón y rama izquierda del transverso dentro del tórax. No había la más mínima adherencia del contenido torácico de la hernia con el sector pleuropulmonar. En acuerdo con lo que dijo el Dr. Cazabán, el enfermo mejoró con la simple cecostomía. Eso es muy importante a considerar, porque hay enfermos con hernias diafragmáticas que no sufren un verdadero estrangulamiento. Es un encarcelamiento de la hernia y sobre todo cuando es el estómago el que está dentro del saco hernial. Uno de los casos del Dr. Cazabán, era el estómago enormemente distendido que ya tenía lesiones parietales que seguramente si hubiera pasado más tiempo iba a la necrosis. Pero es posible la perforación gástrica sin estrangulamiento. Es la perforación gástrica producida por el encarcelamiento de los gases y la enorme distensión de la cámara gástrica o del sector de estómago en que esté involucrada dentro de la hernia, favorecido todavía por las diferencias tensionales entre la cavidad abdominal y torácica que propician el pasaje de los gases gástricos al interior de la bolsa que está situada dentro del tórax. Un caso nuestro que el Dr. Cazabán conoce, era un paciente joven, que luego de una copiosísima y abundante comida había sentido intenso dolor retroxifoesternal con colapso. Era un obeso. Ingresó al Hospital de Clínicas con un síndrome tremendamente grave del punto de vista general y con una contractura de hemiventre superior, dolor a la decompresión en todo el abdomen y un shock muy intenso. Ese enfermo falleció inmediatamente. Y en el estudio necrópsico se comprobó una hernia hiatal con una perforación gástrica intra y subperitoneal con enfisema retroperitoneal, con el contenido gástrico de alimentos y de líquidos dentro del peritoneo, sin lesiones de tipo vascular en el estómago. Fue una perforación de las llamadas perforaciones diastásicas por distensión de la pared por encarcelamiento de los gases. De manera que en esa situación es posible que se produzcan lesiones graves, no por alteraciones vasculares necróticas de la pared, sino por distensión y perforación por un mecanismo similar a la perforación cecal o colónica de la oclusión cerrada del colon. Desde el punto de vista táctico, estamos de acuerdo con el Dr. Cazabán, que la hernia debe ser explorada siempre por vía abdominal en primera instancia. Preparado el paciente en su posición y en su anestesia y el Cirujano con su equipo, como para utilizar de la vía torácica si las circunstancias así lo exigen. Creemos que el Dr. Cazabán esté de acuerdo con lo que vamos a decir,

aunque no surgió de su exposición, que el abordaje cuando se hace por vía abdominal en primer término y luego se necesita la vía torácica, debe ser simplemente una toracolaparotomía y no una toracofrenolaparotomía. Hemos hecho simplemente la vía abdominal y después la torácica sin realizar la toracofrenolaparotomía, es decir solamente toracolaparotomía. La brecha frénica puede ser pequeña y puede hacerse la liberación perfectamente bien por la vía abdominal o por la vía combinada abdominotorácica, sin necesidad de abrir más el diafragma ni el reborde torácico, por una toracofrenolaparotomía. Nosotros preferimos hacer el abordaje abdominal oblicuo a la altura del 8o. espacio intercostal según el tipo de tórax del paciente. Si es necesario hacer la toracotomía intercostal en el mismo espacio y explorar después por el tórax, tratamos de solucionar el problema por la vía combinada y luego reparar el diafragma, y no hacer una toracofrenolaparotomía sobre todo si es una hernia traumática, para no agregar una nueva incisión al diafragma y un nuevo debilitamiento de lo que ya está alterado por el traumatismo anterior. Si es necesario, desde luego, recurrimos a la toracofrenolaparotomía. Es posible reducir todo el contenido por vía abdominal y drenar el tórax colocando una mano dentro de la cavidad pleural a través de la brecha diafragmática y hacer el drenaje pleural. Se pide al anestesiólogo que haga la reexpansión pulmonar y se cierra el diafragma por vía abdominal. Lo hicimos en un caso y obtuvimos un resultado perfecto. Dos puntos más a considerar, si bien el Dr. Cazabán hizo la aclaración que no se refería a ello, yo lo voy a hacer porque me parece oportuno. Son las hernias traumáticas agudas estranguladas. En nuestro turno de guardia de Cirugía de Urgencia, el Dr. Chiara operó con nosotros un paciente que llegó al Hospital Pasteur con una herida de arma blanca en el 7o. espacio intercostal izquierdo, con una asa intestinal estrangulada, exteriorizada en herida cutánea. A ese enfermo se le hizo desde luego e inmediatamente, una toracotomía porque la indicación era formal, y comprobamos con gran sorpresa que el paciente tenía estrangulado en una brecha diafragmática traumática: el delgado, el epiplón, la rama izquierda del transverso, el estómago y el bazo. Y además la herida del bazo que obligó a una esplenectomía. Se pudo hacer la liberación de la brecha muy fácilmente, la reducción completa y el cierre de la brecha diafragmática y el enfermo evolucionó bien. Aunque distinto, la hernia diafragmática traumática aguda estrangulada, es un problema que se puede presentar en la cirugía de urgencia. En ese caso nosotros somos partidarios de la vía torácica cuando hay una herida torácica que produzca esa agresión. El otro problema a que hizo mención el Dr. Praderi, es el que se refiere a las rupturas traumáticas del diafragma. Las rupturas traumáticas del diafragma, pueden pasar completamente desapercibidas. Si el paciente sobrevive a la agresión traumática que la ha ocasionado, pueden evolucionar y dar después lugar a accidentes posteriores como él refería. Vamos a traer con el Dr. Mañana otra observación de nuestro

turno de Cirugía de Urgencia, de un paciente que fue operado hace 15 días en el Hospital Pasteur, y que había sufrido un gravísimo traumatismo. Llegó en condiciones muy precarias y se intervino primero por vía abdominal. Se comprobó que tenía todas las vísceras del sector tóracoabdominal izquierdas dentro del tórax, pero no era posible reconocer que era lo que había sucedido. Se le hizo una toracotomía para poder explorar correctamente y se comprobó la completa desinserción del diafragma de todo el arco costal anterolateral, solamente quedaba inserto en la parte posterior. Además, tenía una ruptura de bazo, una necrosis isquémica de todo el colon transversal, por desinserción del mesocolon estallido del intestino delgado y numerosas fracturas, que después de muchas vicisitudes llevaron al fallecimiento del paciente. Cuando las lesiones no son tan graves, la rotura diafragmática puede pasar desapercibida, y mejorar si no hay lesiones viscerales asociadas, apareciendo a posteriori el problema de la hernia diafragmática traumática crónica, sin evidencia de la lesión cutánea, es decir sin la herida. En fin es un tema muy interesante y el diagnóstico es difícil, no solo en las hernias diafragmáticas no traumáticas, sino aún en las hernias diafragmáticas traumáticas. Hay numerosos casos en la literatura que han pasado desapercibidos; y no sólo han pasado desapercibidos clínicamente, sino que hasta se ha desconocido en la intervención la presencia de la hernia diafragmática estrangulada. Es muy útil la comunicación del Dr. Cazabán, porque pone a punto un tema, pone sobre aviso en esta situación, sobre todo porque no es frecuente y no se puede tener una experiencia personal muy amplia en este problema. Estamos trabajando en este asunto y posiblemente colaboraremos después con el otro capítulo del problema: "Las Hernias Diafragmáticas no Traumáticas Estranguladas", para poder dar una vista de conjunto a este problema.

**Dr. Cazabán:** En primer lugar quiero agradecer a todos los que han hecho uso de la palabra y quería puntualizar algunos problemas que se han suscitado. En primer lugar, el primer problema, el histórico, sobre el trabajo del Dr. Lubellac, evidentemente el trabajo del Dr. Lubellac es el primer trabajo en la literatura. Se trataba de una hernia diafragmática traumática estrangulada con compromiso gástrico exclusivamente. Es el primer caso. Y es el primer caso de buena evolución post-operatoria, porque si bien en la literatura hay otros casos, todos han sido con evolución desfavorable. Del punto de vista del problema clínico, ya se han referido perfectamente bien el Dr. Suiffet y el Dr. Priario. El problema de los antecedentes del traumatismo es que muchas veces se desconoce absolutamente. Siempre, en toda la bibliografía que hemos consultado, los casos clínicos que se han publicado se encuentra que es en nuevos interrogatorios en que se comprueba, después del hallazgo radiológico, el antecedente traumático. Por eso nosotros decíamos como esquema clínico que frente a todo cuadro de estenosis digestiva alta o baja, con signos torácicos variables, cualquiera sean ellos, siempre hay que buscar ante-

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

cedentes traumáticos penetrantes o no, que es a lo que también se refirió el Dr. Raúl Praderi. Con respecto al problema del tratamiento, debe ser quirúrgico. Dijimos que la cura radical era una necesidad y pusimos como cura radical cual es la operación ideal para practicar. En segundo lugar, con respecto a la vía, hay un hecho que es fundamental y es que no existe por ningún cirujano del mundo la experiencia suficiente en el manejo del estrangulamiento de la hernia diafragmática. De ahí que la discusión todavía se suscita más. Y hay unos partidarios de la vía torácica y otros de la vía abdominal. Nosotros, por las razones que dijimos, las cuales fueron apoyadas por el Dr. Suiffet, creemos que el primer tiempo debe ser una laparotomía. Nosotros, siguiendo preceptos del Dr. Larghero, hacemos una laparotomía que es una incisión transversa si es un sujeto brevilineo o una mediana o paramediana izquierda si es un longilineo y luego una toracotomía independiente sobre la 8a. costilla baja, con resección de la 8a. costilla. Eso es lo que hacemos. Y siempre preferimos esto a una toracofrenolaparotomía que creemos que es de mucho mayor complejidad en la urgencia, difícil para lograr un adecuado cierre y es de mucho mayor duración, que hacer las dos incisiones como aconsejamos. Como creemos también que muchas veces se puede solucionar el problema exclusivamente con la vía abdominal. Con respecto al trabajo de Carter y Giuseffi, que es evidentemente uno de los trabajos fundamentales de las hernias diafragmáticas estranguladas, debo decir que ellos aconsejan una incisión toracoabdominal, diciendo que prefieren hacer una incisión más torácica que abdominal. Con respecto al problema de la conducta a seguir con la resección o no resección de las vísceras, evidentemente es un problema muy complejo y en el que la experiencia del cirujano es de mucha importancia. Solo queríamos decir que en este problema de la resección, no es igual en las hernias diafragmáticas traumáticas estranguladas que en los otros tipos de hernias diafragmáticas estranguladas dado que en la patogenia, en el mecanismo de la estrangulación de las hernias diafragmáticas traumáticas es el anillo de estrangulación donde se observa el máximum lesional, dado que es un anillo muy pequeño, que es fibroso, rígido, y eso hace que las perforaciones diastáticas o los vólvulos sean sumamente raros en los casos de las hernias diafragmáticas traumáticas crónicas estranguladas. Nosotros creemos que la resección, que le practicamos al primer enfermo, estaba completamente justificada por la extensión lesional y porque había una necrosis. Yo me olvidé de traer la pieza histológica, que mostraba necrosis de todas las capas y con mayor intensidad a nivel del anillo de estrangulación. Hecho que además es lo que se relata en todas las observaciones clínicas. La primera observación clínica es sumamente rara por el hecho mismo, de la enorme vascularización del estómago. Es muy difícil que haya necesidad de una resección del estómago. De ahí el interés de esta observación. A pesar de que hay casos con gastrectomías totales. Muchas gracias.