

HERNIA DIAFRAGMATICA, TRAUMATICA Y PARAPLEJIA SIMULTANEAS EN UNA NIÑA (*)

Dres. Walter Taibo, M. E. Uteda y Dra. Rosa Badanian de G. Fontes

Nos ha decidido a efectuar la presente comunicacion, el hecho de haber tenido oportunidad de tratar una niña con una asociación lesional excepcional por su escasa frecuencia y sus especiales características.

En la bibliografía que ha estado a nuestro alcance, con las limitaciones determinadas por el incendio en la Facultad de Medicina, no hemos podido encontrar ningún caso publicado en que se produjera esta asociación de paraplejia y hernia diafragmáticas simultáneas.

La hernia diafragmática traumática es cada vez mejor conocida. Practicamente ignorada hasta principios de este siglo, se han publicado en los últimos años un gran número de casos tanto en la literatura nacional como en la extranjera. En su patogenia hay siempre un traumatismo de gran intensidad, con o sin lesión externa apreciable. Es evidente que con el aumento de accidentes provocados por el incremento de los modernos medios de locomoción, va a ser cada vez más frecuente en la casuística de los servicios de urgencia.

En cirugía infantil no existen publicados antecedentes de esta lesión. Hemos conversado con cirujanos de larga actuación que no recuerdan ningún caso.

La paraplejia traumática, muy frecuente tanto en la clínica del adulto como en la del niño, se acompaña de un alto porcentaje

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 2 de agosto de 1961.

de casos de lesiones vertebrales que se evidencian radiológicamente, por un síndrome del líquido céfalo-raquídeo, que en nuestro caso no existieron.

En fin, la asociación de ambas lesiones, con tan especiales características es absolutamente excepcional.

CASO CLINICO

El día 17 de Diciembre del año pasado, fuimos llamados al servicio de Puerta del Hospital Pereira Rossell para ver a una niña de 5 años que hacía la siguiente historia.

El día 15 viajando asida a la baranda de un camión, al marchar el vehículo fue proyectada a distancia; se levantó espontáneamente, caminó dos o tres pasos con dificultad quejándose de dolor en los miembros inferiores. Fue trasladada al Hospital de Colonia. A los 30 minutos del accidente fue capaz de mantenerse momentáneamente de pie, instalándose luego una impotencia funcional absoluta de los miembros inferiores. Al día siguiente se instaló una retención de orina. Desde el accidente, presentaba una discreta disnea. Posteriormente apareció cefalea intensa. La niña desde el Hospital de Colonia, es enviada a un centro asistencial de Montevideo, donde permanece dos días y la mandan al Hospital Pereira Rossell para su tratamiento con una carta en la que establece que presenta:

- a) Paraplejia post-traumática no relacionada con su traumatismo.
- b) Neumopatía de base izquierda.
- c) Retención de orina.

Al examen clínico encontramos una niña lúcida, temperatura 37° 9, buen estado general, bien coloreada, con polipnea discreta, ansiosa, pulso de 160 por minuto, presión arterial 10 y 7.

Al examen neurológico: pares craneanos s/p.

Parálisis total, flácida de ambos miembros inferiores, con arreflexia completa y abolición de la sensibilidad táctil, térmica y dolorosa.

Reflejos cutáneos abdominales aboiidos.

Miembros superiores: reflejos, fuerza, sensibilidad, normales.

Cardio-vascular: Los latidos cardiacos se auscultan en la región paraesternal derecha, con un máximo de intensidad en cuarto espacio.

Ritmo cardíaco ya anotado, con enlentecimiento periódico sin relación con la respiración.

Pleuro-pulmonar: Polipnea de 44 p/m., síndrome en menos de 2/3 inferiores del hemitorax izquierdo. Se anota al ingreso un soplo tubopleural.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Abdomen: blando, depresible, se moviliza bien con la respiración, no se palpa hígado ni baso; excavado.

Linfoganglionar: s/p.

En estas condiciones, se solicitó una radiografía de columna vertebral y de tórax y punción lumbar.

Las radiografías de columna, que ustedes podrán apreciar presentadas por la Dra. Baranagno, no mostraron fractura ni luxación.

Las radiografías de tórax mostraron un desplazamiento del mediastino a la derecha y una imagen de hemitórax izquierdo, que hicieron pensar inicialmente en un derrame hemático en cavidad tabicada o con un pulmón que presentara lesiones patológicas previas al accidente.

La punción lumbar dio un líquido claro, límpido, con 180 elementos por mm.³ albúmina 0 gr. 48, glucosa 1 gr. 04%, cloruros 7 grs. 02 por mil. Reacción de Pandy positiva: Ross-Jones y . onne Apelt negativas. Clasificación leucocitaria N. 36 L. 64. Examen bacteriológico negativo. El resto de los exámenes de sangre, orina, etc., fueron normales. Glóbulos rojos: 4.670.000.

En estas condiciones, y aún sin diagnóstico, se efectuó un tratamiento sintomático. La niña evolucionó bien sin aumentar su disnea en las primeras horas; sin embargo, algunas horas después la guardia del hospital le efectuó una punción torácica que fue negativa, contra la opinión nuestra, que ellos ignoraban.

Al día siguiente, lunes, la volvimos a ver, con un buen equipo radiológico mesa giratoria, etc., y al verticalizarla, cosa que no habíamos podido efectuar antes por temor a la lesión medular, se observó el desplazamiento en el tórax de lo que impresionó como contenido gastrointestinal.

Se le dio entonces barita a ingerir y se obtuvieron las radiografías que Uds. ven, que mostraron el colapso pulmonar y el estómago, colon, y ansas de intestino delgado dentro del tórax.

En este momento el diagnóstico de hernia diafragmática aguda era indudable. Decidimos operarla.

OPERACION. — 19/XII/60. Cirujano Dr. Taibo; Ayudantes Dra. Cabrera y Practicante Silvera. Anestésista Practicante Da Silveira. Anestesia General.

Incisión de Toracotomía en 6º espacio izquierdo. Abierto el tórax se constata la presencia en él del estómago valvulado, colon y ansas delgadas, pulmón colapsado totalmente y pocos centímetros de sangre en cavidad libre. Se constata un gran desgarró trasversal anterior del

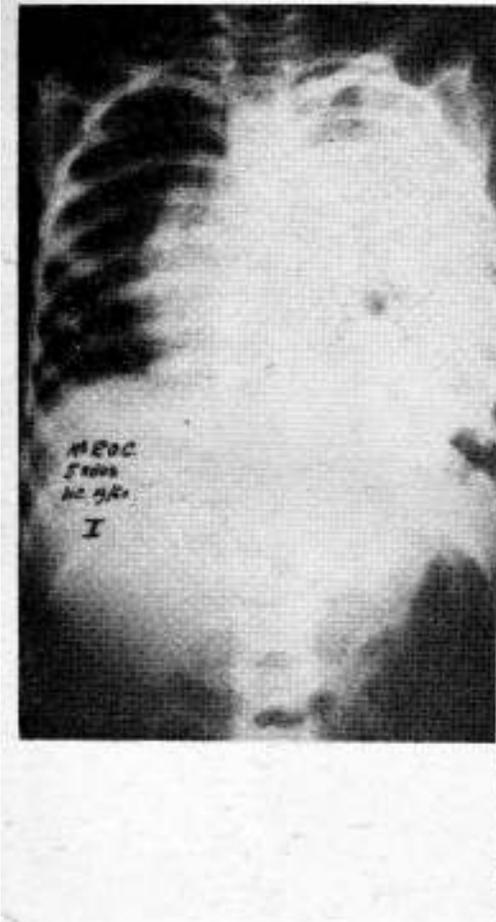


FIG. 1. — Rx preoperatorio. Se observa la opacidad del hemitórax izq. con imágenes aéreas en su interior y la desviación del mediastino.

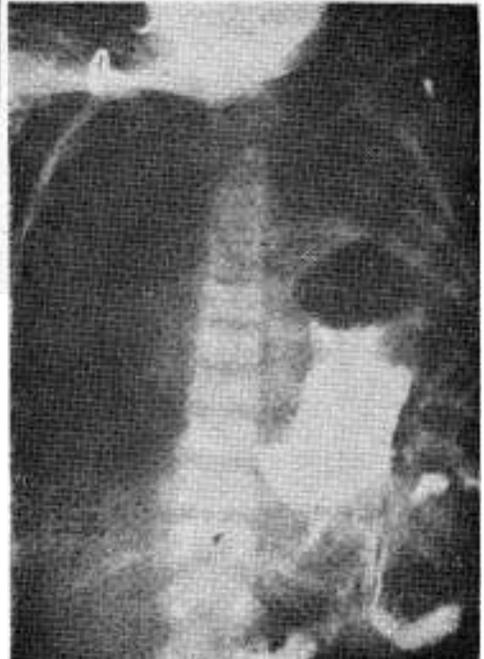


FIG. 2. — Se observa el estómago volvulado en hemitórax izquierdo.

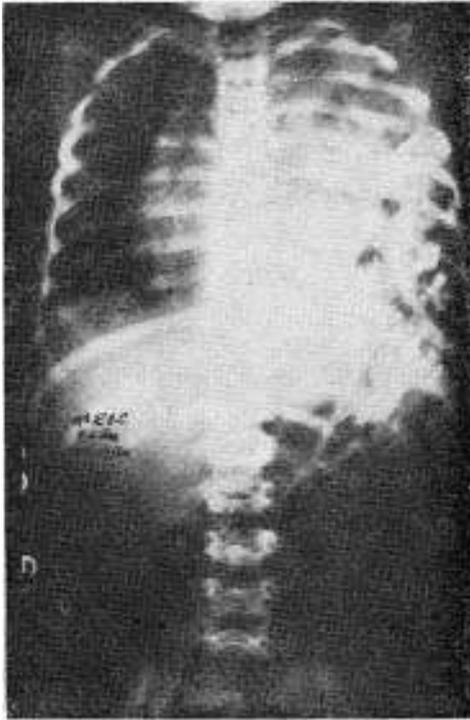


FIG. 3. — Rx preoperatorio. 1) Desviación del mediastino. 2) Opacidad de hemitórax izq. con imágenes aéreas.



FIG. 4. — Rx contrastada. Se observa el estómago en hemitórax izq. (píloro arriba).





FIG. 5. — Rx que muestra el estómago en hemitórax izq.

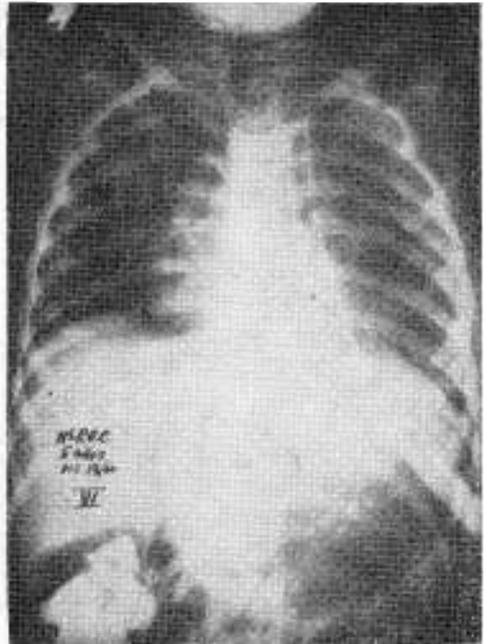


FIG. 6. — 24 horas después de operada.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

hemi-diafragma izquierdo que se prolonga 4 centímetros hacia la derecha de la línea media. Se reponen las vísceras en el abdomen, se sutura el diafragma, se reexpande el pulmón se hace lavado del tórax, se deja drenaje con tubo de goma y se cierra a la manera habitual. Duración: 1 hora 30 minutos. Operación bien tolerada.

Post-operatorio. La Evolución post-operatoria fue muy buena, se sacó el drenaje a las 48 horas y los puntos al 8º día.

Su problema torácico había sido resuelto. Desgraciadamente, persistía incambiada, como hasta el momento actual ocho meses después, la paraplejía. Fue vista en consulta por el Profesor Castells, quien la consideró una lesión irrecuperable. En el momento actual se le está haciendo fisioterapia por parte del Dr. De Castellet.

C O N S I D E R A C I O N E S

Este caso, que hemos presentado, presenta algunos elementos a analizar de singular interés:

1º) — Patogenia de la hernia.

En esta oportunidad, como en la mayoría de las hernias traumáticas presentadas, fue una contusión abdominal importante la que hizo estallar el diafragma, tenso en sus inserciones; protegido a derecha por el hígado, se produjo el desgarro, como es habitual, a expensas del sector izquierdo. No presenta pues, este aspecto del caso nada difícil de explicar y entra dentro de las lesiones relatadas en la casuística.

Según la clasificación de Harrington, se pueden dividir las hernias diafragmáticas en: *hernias por lesión directa*, comprendiendo éstas las necrosis por empiema o abscesos, las lesiones quirúrgicas y las heridas de arma blanca o de fuego. *Hernias por estallido* dentro de las cuales se colocan la ruptura espontánea del diafragma en el vómito o en el parto y las hernias por contusión, y el agrandamiento de los hiatos congénitos. Nuestro caso es dentro de esta clasificación una hernia por contusión, con lesión inmediata, es decir una hernia aguda.

2º) — Patogenia de la paraplejía.

Es aquí que entramos en un problema difícil de resolver. Es evidente, dada la secuencia de los hechos, que la paraplejía

es traumática: se instala inmediatamente después del trauma y evoluciona como una sección medular, en apirexia. Los colegas que la enviaron pensando en una mielitis transversa aguda y una neumopatía izquierda virósica, evidentemente no estaban en lo cierto, ello es obvio. Lo que es difícil de explicar es la existencia de una paraplejía traumática sin fractura vertebral, sin luxación vertebral y sin elementos seniológicos de laboratorio en el líquido céfalo-raquídeo. No había hemorragia ni síndrome de compresión.

Nuestra hipótesis es que podría tratarse de una hipertensión brusca que haya provocado una hemorragia intramedular, a la vez que la ruptura del diafragma. La otra posibilidad sería la de que hubiera producido una luxación vertebral con reintegración inmediata, dejando como secuela una lesión medular irreversible sin producción de hemorragia hacia el canal.

R E S U M E N

Se presenta un caso de hernia diafragmática aguda asociada a paraplejía, provocadas por un traumatismo importante de tronco, en una niña de 5 años, con curación de su hernia y con irreversibilidad de su lesión medular, no existiendo fractura vertebral ni manifestaciones en el líquido céfalo-raquídeo.

B I B L I O G R A F I A

1. HARRINGTON, S. W. — Traumatic diaphragmatic hernia. Surg. Clinics of North Am. 30 (mayo Clinia): 961, 1950.
2. HARRINGTON, S. W. — Diagnosis and treatment of various types of diaphragmatic hernia. Am. Jour. Surgery, 50: 381, 1940.
3. MOREAUX, J. — La rupture du diaphragme dans les grandes contusions thoraco-abdominales. Jour de Chirurgie, 74: 56, 1957.
4. PRADINES, J. — Anatomía patológica de los traumatismos de abdomen, 7º Congreso Uruguayo de Cirugía, 1: 236, 1956.
5. PRADERI, RAUL. — Ruptura Traumática del diafragma por contusión abdominal. Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay Tomo XXIX, 1.86 - 96 - 1958.
6. GIURIA, FREDERICK. — Hernia diafragmática. Transposición de estómago y baso a la cavidad pleural. Estallido de estómago. Bole-

tín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay. Tomo XXIX - 121
123 - 1958.

7. BADO, J. — Traumatismos raquimedulares. Presentado el 2/VIII/61.
Sociedad de Cirugía del Uruguay.

Dr. Bermúdez. — Esta interesante comunicación que han presentado los Dres. Taibo y colaboradores confirma una vez más lo que ya han puesto de manifiesto los autores que se han ocupado en los últimos años de la hernia diafragmática traumática a raíz de la frecuencia con que los traumatismos de ruta sobre todo exponen a esta complicación. Indudablemente me refiero a las hernias en traumatismos cerrados tóracoabdominales. En traumatismos abiertos no ofrece ninguna dificultad. Digo que confirma una vez más el hecho de que otras entidades patológicas asociadas, como en este caso la paraplejía y en otros casos traumatismos craneanos de gravedad, distraen la atención hacia el diagnóstico de hernia diafragmática (que cuando es de entidad como en este caso, se manifiesta por una sintomatología torácica, pero que otras veces tiene su expresión tardía en accidentes de estrangulación. En otro hecho quiero insistir. Lo que voy a decir no quiero que se tome que lo digo después de conocer los hechos; pero creo que en la placa primera que se mostró se debe sospechar seriamente la existencia de una hernia diafragmática. Esa placa muestra una ocupación del hemitórax izquierdo total, con un desplazamiento mediastinal importante y una opacidad, en medio de las cuales se ven imágenes claras, pero de una claridad completa. Cuando eso sucede no se puede atribuir la ocupación a un hemotórax exclusivamente porque un hemotórax que tuviera esa entidad, ocupando todo el hemitórax, desviando el mediastino en esa forma, lógicamente tiene que acompañarse de un colapso pulmonar completo y en caso de que persistieran cavidades aéreas formadas intrapulmonares tendrían que estar opacificadas y no presentarían la claridad que presenta este caso. De modo que yo creo que con esa placa, con esas imágenes tan claras en medio de una opacidad del hemitórax con desviación mediastinal se debe pensar que esas imágenes aéreas no son intrapulmonares porque no están opacificadas por un derrame de la entidad que tendría si ocupara todo el hemitórax y desviara el mediastino en esa forma. De acuerdo con el Dr. Taibo, que cuando hay imágenes aéreas sobre todo en la base, en un hemitórax opaco, siguiendo a un traumatismo tóracoabdominal, no se debe hacer nunca punción, porque se corre el peligro de puncionar una víscera abdominal. Creo que en este caso la punción que él había contraindicado está perfectamente contraindicada. Y en lo que respecta al problema de la paraplejía y no puedo pronunciarme. La terapéutica de la hernia diafragmática ha sido correctamente realizada y la evolución ha demostrado que era la correcta. Muchas gracias.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Dr. Valls. — Bueno, yo tengo que felicitar a los comunicantes. Tengo noticias de un caso enteramente similar, presentado en la Sociedad Argentina de Cirugía, una hernia diafragmática traumática también con una paraplejía que no se la explicaban. No me acuerdo exactamente la fecha, recuerdo que lo leí hace tiempo y con respecto a evisceraciones diafragmáticas, porque eso es una verdadera evisceración, es la introducción de las vísceras abdominales al tórax, yo tengo experiencia de un caso que operamos que voy a presentar en la próxima sesión, en la media hora previa. Se trata de un traumatismo por compresión de la base de hemitórax con entrada de las vísceras abdominales al tórax a través de una sección transversa del diafragma que iba desde la parrilla costal izquierda hasta el orificio de la vena cava inferior, que provocó un estado de shock impresionante y cada vez más progresivo, con una cianosis cada vez más intensa, que fue tratado con la toracotomía la reducción de las vísceras al abdomen y la sutura del diafragma. La placa esa es muy interesante, se sacó de urgencia, tuvimos la suerte de que estuviera el radiólogo en ese momento y en seguida le sacó la placa. Se ve muy bien la entrada de las vísceras al tórax. Nada más
