

Enfermo del Servicio de Urgencia del Hospital Pasteur — Turno del Dr. Walter Suiffet

TRAUMATISMO TORACOABDOMINAL CERRADO (*)

Hernia diafragmática aguda

Dr. Julio Mañana

Traigo a consideración de la Sociedad de Cirugía esta observación, por tratarse de un traumatismo toraco abdominal cerrado, que produce una desinserción del diafragma, lo que condiciona una hernia diafragmática aguda; con lesiones viscerales múltiples.

Enfermo de 28 años, que ingresa con diagnóstico de anemia aguda por rotura de Bazo, trasladado del Instituto de Traumatología. 6 horas antes de su ingreso padece un accidente, con las siguientes características: su automóvil vuelca, siendo despedido de él, quedando aprisionado entre el automóvil y el pavimento, sufriendo una intensa presión sobre la región abdomino torácica. A costa de un intenso esfuerzo logra deslizarse por debajo del automóvil y caminar aproximadamente 200 mts. donde tiene una lipotimia. Traslado al Instituto Traumatológico, se encuentran un enfermo con anemia aguda, como el paciente tiene un grupo sanguíneo O Rh negativo y no disponiendo de este tipo de sangre es transfundido con O Rh +, recibiendo antes de su ingreso al Hospital Pasteur 2 litros de sangre de ese tipo. El examen del paciente se realiza a las 6 horas del accidente, en sala de operaciones. Enfermo con Shock por anemia aguda, discreta erosión cutánea en hemitórax izquierdo a la altura de la 10ª costilla. Moderada respiración paradójal en base de hemitórax izquierdo de la 6ª a la 10ª costilla, síndrome en menos de base izquierda. Dolor y contractura en epigastrio, hipocondrio y flanco izquierdo. Se realiza una toracentesis retirándose tres c.c. de sangre. Diagnóstico preoperatorio: Anemia aguda por rotura de Bazo, fractura costal múltiple con respiración paradójal, hemotórax. Como la causa de su hemorragia mayor nos parecía estar en el abdomen, decidimos comenzar por esta cavidad esplácnica.

Intervención quirúrgica: Anestesia General por intubación endotraqueal. Transfusión de sangre 1 lts. 500 cc. O Rh +. Incisión vertical

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 13 de setiembre de 1961.

transrectal izquierda. Inventario lesional: Moderado hemoperitoneo; desinserción de hemidiafragma izquierdo desde el apéndice xifoides hasta la parte lateral del tórax sobre décima-undécima costilla. Hernia diafragmática aguda. Hemotórax importante; dentro del tórax se encuentra, estómago, bazo con dos desgarros en su superficie externa; primeras asas delgadas, la segunda asa yeyunal con una solución de continuidad de unos 3 cms. en el borde antemesentérico; desinserción del mesocolon transverso de su inserción en el colon desde la rama horizontal del ángulo cólico derecho, hasta el tercio superior del colon descendente, con gangrena del

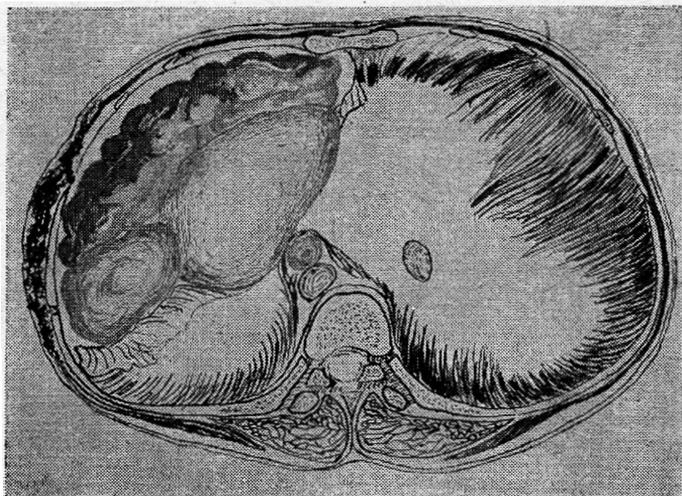


FIG. 1. — Vista desde tórax. Desinserción del diafragma izquierdo. El estómago, bazo, colon y asas delgadas, herniadas en el hemitórax izquierdo

colon transverso. Se pudo apreciar que las primeras asas yeyunales habían realizado un trayecto caprichoso. 1º) Entre el mesocolon desinsertado y el colon transverso irrumpiendo de esta manera en la retro-cavidad de los epiplones; 2º) luego desinsertando el gastrocólico del estómago entre éste y el colon; 3º) irrumpieron en esta forma en el tórax. El estómago presentaba en su cara anterior y posterior un importante hematoma.

Colapso pulmonar del lóbulo inferior izquierdo.

Desviación del mediastino.

Maniobras quirúrgicas.

1º) Esplenectomía.

2º) Toracotomía, al nivel de 9ª costilla con resección de ésta (que se encuentra con múltiples fracturas en plena zona de movimiento paradójico) y sin interesar el reborde costal —de esta manera trataríamos la respiración paradójica y no comprometíamos el reborde costal para insertar el diafragma. Es decir preferimos dos incisiones— a una toracofrenolaparotomía. Nos encontramos con una importante hematoma que ocupaba los planos parietales.

3º) Reinserción del diafragma a puntos separados de lino 70. un

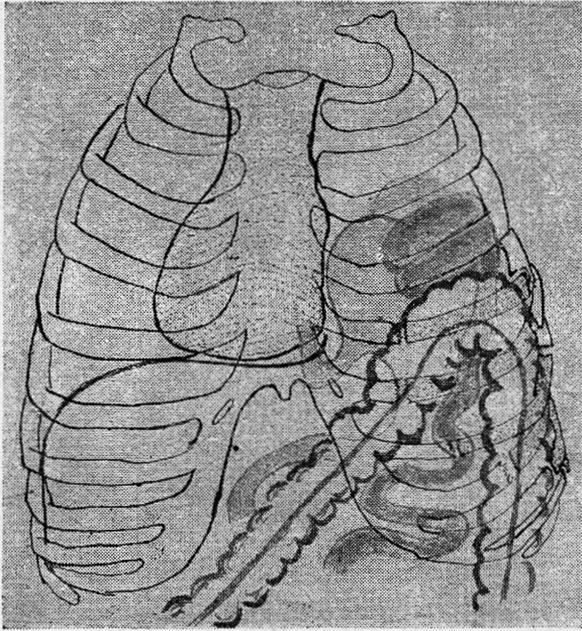


FIG. 2. — Esquema de las lesiones vistas de frente.

poco más alta que su inserción anatómica. Previa reducción de las vísceras en la cavidad abdominal.

4º) Coléctomía parcial desde la rama transversa del ángulo derecho del colon hasta el $\frac{1}{3}$ medio del colon descendente — Colostomía del cabo proximal; abandono previo cierre del cabo distal.

5º) Cierre de la rotura de delgado.

6º) Cierre de la toracotomía con puntos de apoyo pericostales a costillas sanas en los extremos de la toracotomía para evitar el movimiento paradójico.

7º) Avenamiento de tórax bajo agua.

8º) Cierre de abdomen previo avenamiento con cigarrillo de la cavidad abdominal.

Post-operatorio

Días	1º 29	2º 30	3º 1	4º 2	5º 3	6º 4	7 días 5
Presión Arterial	10 6	7 5	9.5 5	13 8	10 7	10 7	
Pulso	100	140	140	90	100	120	
Temperatura	38º	39º5	39º5	37º5	36º	38º	
Conciencia	Deprimido	Deprimido Excitado	Excitado	normal	Excitado	Excitado	
Drenaje de Tórax	120	300	0	Se retiró		—	
Radiografía de Tórax	Hemotórax neumo	mejor	Satis- factoria	—	—	Satis- factoria	
Colostomía	—	—	—	gases	materia	materia	
Ingestas	2500	2500	3250	2000	3500	3500	
Excretas	1900	2225	2200	2000	1400	1000	
Diuresis	150	200	325	245	200	100	
Urea	0g60	0g95	1g80	2.80	3g80	5g80	
Electrocardiograma	—	normal	—	—	—	normal	
Sonda gástrica	750	600	700	620	200	0	

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Duración de la intervención 3 hs. —operación bien tolerada—. El enfermo sale de la sala de operaciones despierto y con una presión arterial de 13 máxima y 7 mínima.

Un paciente que en su post-operatorio requirió en todo momento cuidados especiales —dada la extrema gravedad que siempre presentó— requiriendo medidas de reposición como corticoides, Levofied, sangre, sueros bicarbonatales balanceados, carpa de oxígeno, refrigeración, etc., falleciendo al 7º día de su intervención quirúrgica cuando los incidentes operatorios estaban siendo conjurados.

Comentario

Se está frente a una lesión que sale de lo común en los traumatismos de práctica civil: una grave lesión por aplastamiento, que logra una múltiple fractura costal, con atrición, osteomuscular. La desinserción del diafragma creemos que se puede explicar; a un reborde costal rígido por el aplastamiento, y al aumento de la presión intra-abdominal, que impulsando las asas a manera de ariete desinsertan el mesocolon, rompen el gástrico e irrumpen en el tórax.

Nuestro paciente desde el momento del traumatismo es sometido a múltiples injurias que pueden explicar el deceso. Al grave accidente se une una anemia aguda mantenida por 6 horas, los trasbordes que fue sometido, la transfusión sanguínea en cantidades de 5 lts. de un grupo sanguíneo RH., distinto al del paciente, además importante intervención, etc. Llama la atención que el paciente fallece en convulsiones con 5 gr. 80 de urea y cuando los incidentes del traumatismo y operatorios se estaban corrigiendo. Los estudios por personal competente creyeron en todo momento que el enfermo no presentaba una insuficiencia renal grave, que condiciona la indicación de riñón artificial y presentando esa uremia un gran componente extrarrenal.

Las medidas de post-operatorio que prolongaron la vida de este paciente por 7 días, hace alentar la esperanza que la cirugía moderna pueda a un futuro cercano, solucionar este tipo de enfermos.

Dr. Valls. — Voy a comentar el trabajo del Dr. Mañana, porque hace unas pocas sesiones presenté un caso enteramente similar en la media hora previa, de un enfermo que había sufrido un traumatismo también con un mecanismo similar de compresión con motivo de un choque, com-

presión de la base del tórax con rotura del diafragma, una rotura masiva del diafragma, desde el reborde costal izquierdo hasta el orificio de la vena cava inferior con ascenso de las vísceras, pero las vísceras estaban sanas y el enfermo sufrió una perturbación muy grande de la dinámica cardiorrespiratoria que fue progresiva, y que tuvo la suerte de que, como estaba el radiólogo en ese momento, y al principio no era muy grave, se le hizo placa de urgencia y se ve el ascenso de las vísceras al tórax y el desplazamiento del mediastino. Y este enfermo marchó al shock y murió una hora después de operado, debido a la repercusión funcional que tuvo, porque no había ninguna lesión visceral, tenía el estómago, el bazo, el colon, todas las vísceras sanas, es decir que falleció por los disturbios dinámicos. Nada más.

Dr. Suiffet. — Nosotros habíamos hecho mención a esta observación con motivo de la comunicación del Dr. Cazabán sobre hernias diafragmáticas traumáticas estranguladas en sesiones anteriores. Son muy interesantes las circunstancias de las cuales ya ha hecho mención a todas ellas el Dr. Mañana, pero nosotros queremos insistir en alguna de ellas. En primer lugar la tolerancia que tuvo el paciente a este tipo de lesión. De todas las lesiones que tenía el paciente, la única que implicaba una gravedad inmediata y que fue la que se exteriorizó clínicamente y que guió la intervención, fue la anemia aguda por la hemorragia debido a la rotura del bazo. Eso hizo que el enfermo en las primeras etapas pudiera hacer los esfuerzos necesarios para salir de abajo del auto, que había sido traumatizado; caminar, ir a buscar socorro para la otra persona que quedaba dentro del coche; ser trasladado desde Canelones al Instituto de Traumatología y después recién ser enviado al Hospital Pasteur; a donde llegó con anemia aguda. El hecho de la desinserción del diafragma no teniendo comunicación exterior las dos cavidades esplánicas, explica que no haya habido una gran repercusión en la funcionalidad cardiorrespiratoria. Si bien no se estudió radiológicamente debido a la gravedad del paciente, no existía un desplazamiento mediastinal que hubiera agravado la situación y que no le hubiera permitido al enfermo soportar como lo soportó durante las primeras horas tal gravedad de lesiones. Ese es el primer aspecto que nosotros queríamos hacer notar. El segundo es la táctica quirúrgica. En este enfermo el diagnóstico clínico primario fue de rotura de bazo, desde luego, aunque se sospechó que pudiera tener lesiones de mayor entidad. Y entonces se realizó la exploración abdominal por una incisión vertical y se comprobó todas las lesiones a que hizo mención el Dr. Mañana. Es interesante hacer resaltar que el accidente fue a las 10 y 30 de la noche. Eran prácticamente las 5 de la mañana del día siguiente cuando llegamos a la exploración abdominal y el colon tenía ya lesiones debido a la isquemia producida por la desinserción del mesocolon, lesiones avanzadas con un color violáceo y olor fecal en la

cavidad peritoneal al abrirse el vientre, lo que demuestra cómo la isquemia colónica, había producido rápidamente la alteración parietal que permitía la filtración de elementos a través de ella. Desde el punto de vista táctico, una cosa importante a hacer mención es que el abordaje, habiendo sido primero abdominal no se transformó en una toracofrenolaparatomía o una toracolaparatomía. El diafragma estaba totalmente desinserto y para evitar agredir en una forma mucho más ostensible al paciente, desde el punto de vista quirúrgico, se realizó una toracotomía independiente, para explorar y reinsertar el diafragma, que pudo ser perfectamente reparado por vía superior. Fue en la consideración del trabajo del Dr. Cazabán sobre Hernias Diafragmáticas Traumáticas Estranguladas; que el Dr. Praderi recordó una observación en donde en un traumatismo violento abdominal del cual se recuperó la paciente, se comprobó a posteriori, cuando se intervino, la presencia de una desinserción completa del diafragma. Si este enfermo hubiera tenido solamente la desinserción diafragmática, tal vez hubiera podido sobrevivir y dar después, la hernia masiva del contenido peritoneal dentro de la cavidad torácica. Nosotros hemos visto solamente la hernia de todo el contenido supramesocólico izquierdo y parte del inframesocólico en el tórax en un paciente que sufrió una herida de arma blanca que ya lo hemos referido también en otra oportunidad, y que llegó al Hospital Pasteur en nuestro turno de guardia como éste, con una herida del 7º espacio intercostal izquierdo, en la línea axilar media con una hernia de intestino delgado y que tenía una tremenda herida del diafragma y trasladado al tórax el estómago, el bazo, el colon izquierdo y el intestino delgado y todo el epiplón. En fin, es una situación distinta en su mecanismo de producción, distinta en su morfología patológica que este caso, pero son situaciones que se pueden ver en cirugía de urgencia y que en el supuesto caso que pasen desapercibidas, pueden dar lugar después de la eventración, por llamarle así, total del sector izquierdo del abdomen dentro de la cavidad torácica. Es un caso muy interesante y a pesar del resultado fatal es importante consignarlo. Este tipo de lesión no es frecuente, y frente a situaciones que estamos viendo cada vez más, en circunstancias perfectamente conocidas, obligan a tener un conocimiento de ellas y por eso consideramos que es de mérito esta comunicación del Dr. Mañana.

Dr. Mañana. — Quisiera agradecer al Dr. Suiffet y al Dr. Valls por haberse referido a la comunicación y especialmente agradecer al doctor Suiffet por su asistencia al acto quirúrgico y su asesoramiento.