

## Hernia diafragmática traumática aguda \*

Dra. ELIDA MURGUIA DE ROSO \*\*

La vida moderna ha incrementado notablemente los más variados y complejos accidentes. No obstante la rotura traumática del diafragma, en los traumas cerrados es una rareza. Más aún en el niño.

Generalmente, además, el accidente es violento y el paciente sufre una grave compresión toracoabdominal que provoca el estallido del diafragma. Por ello las lesiones asociadas son también complejas y sirven para enmascarar el cuadro clínico.

La primera observación nacional sobre el tema —en el niño— fue presentada en esta Sociedad, en 1961, por Taibo y colaboradores. Se trataba de una niña que sufrió un accidente en una ciudad del interior, con una paraplejía postraumática —sin lesión de columna— y que fue definitiva. Fue enviada al Instituto de Traumatología y de allí al Hospital Pereira Rossell, por un síndrome funcional respiratorio, que estudiado correspondía a una hernia diafragmática aguda. Fue operada al cuarto día del accidente comprobándose rotura del diafragma y evolucionó bien, excepto en su paraplejía, que, como dije, fue definitiva.

El caso que hoy traemos, corresponde a la segunda observación nacional, y tiene algunas diferencias con la generalidad de las hernias de este tipo: 1º) el accidente al parecer no fue violento; 2º) el síndrome funcional respiratorio (S.F.R.) que no existía en el momento del ingreso, media hora después del accidente se instaló rápidamente, tal vez en parte por los desplazamientos del niño para el estudio radiológico; 3º) la rotura del diafragma no sólo era la única lesión, sino que además era total en el sentido transversal, de iz-

quierda a derecha. Vale decir, que parece inexplicable que un trauma, al parecer no muy intenso, produzca como única lesión un estallido total del diafragma. Finalmente, dentro de la patología traumática del órgano, ha sido operada precozmente con diagnóstico (a las cinco horas del accidente).

Desde Harrington, y con pocas variantes, las H.D. se clasifican en: *congénitas, adquiridas y traumáticas*.

Las H.D.T. a su vez se distinguen por su etiología en *directas* e *indirectas*. Las primeras son debidas a heridas penetrantes toracoabdominales —por arma blanca o arma de fuego— con una lesión pequeña del diafragma que pasó desapercibida y que clínicamente se manifiesta por una variada sintomatología postraumática siempre presente (molestias, dolor, vómitos) y que pueden permanecer ignoradas durante años y que por la acentuación de su sufrimiento habitual o por alguna complicación grave, como la incarceration o el estrangulamiento, dan un cuadro agudo de tórax y/o de abdomen. El diagnóstico se hace a menudo en el acto operatorio y es después de conocer la lesión, o sea, después de operado, que a menudo aparece el antecedente.

Son las H.D.T.D. crónicas. Estas hernias no presentan de por sí un cuadro agudo en el momento del accidente, porque la herida es pequeña (la hernia se constituye después) y pasan a primer plano las lesiones asociadas. Cuando la exploración no es completa en este primer accidente y no se sutura el diafragma, la lesión pasa a la cronicidad. Totalmente a la inversa ocurre en el estallido de los traumatismos cerrados. La lesión es grande, en el sentido anteroposterior o transversal, según que la compresión actúe en uno u otro sentido respectivamente. El desgarramiento importante del diafragma —se dice

\* Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 28 de abril de 1965.

\*\* Asistente Titular de Clínica Quirúrgica Infantil de la Facultad de Medicina. Larrañaga 2916, Montevideo. Trabajo de la Clínica Quirúrgica Infantil. Director: Prof. Dr. R. B. Yannicelli.

que en las zonas de fusión embriológicas— permite desde ese momento el pasaje de una cantidad variable de vísceras al tórax, éstas a su vez con sus propias lesiones. El paciente, entonces en medio de un complejo sintomático: shock, anemia aguda, síndromes neurológicos, etc., presenta además un S.F.R. cuya jerarquía se debe investigar, que puede pasar desapercibido en medio de la gravedad y la lesión constituir un hallazgo operatorio.

Podemos afirmar que, en términos generales, la H.D.T. en el traumatismo cerrado y *por estallido* del diafragma *no pasa nunca a la cronicidad*. Es un cuadro agudo, grave y progresivo. Las cosas pueden complicarse cuando una punción diagnóstica es realizada.

Las vísceras herniadas en el tórax son: a derecha el hígado, a izquierda el estómago, colon, bazo, lóbulo izquierdo y asas delgadas. El desplazamiento brusco hace que estas vísceras puedan sufrir desgarros y desinserciones de los mesos que comprometen seriamente la vitalidad de las mismas y el pronóstico del paciente.

El estallido intestinal —con la consiguiente peritonitis— o el de las vísceras macizas —hígado o bazo— y la hemorragia subsiguiente, son elementos que ensombrecen el pronóstico.

Finalmente pueden pasar desapercibidas lesiones de alta gravedad, como son las lesiones del duodeno, si no pueden ser bien exploradas. Esta duda, con todos sus problemas, la debimos afrontar con el paciente que hoy es motivo de esta comunicación, ya que no pudimos hacer la exploración total del abdomen.

Pero el desplazamiento de las vísceras huecas al tórax se acompaña además de una rotación o torsión de las mismas sobre alguno de sus ejes. Indudablemente la de mayor gravedad es la rotación-torsión del estómago en el tórax porque se forma un mecanismo de válvula que lo va insuflando progresivamente, llevándolo a la incarceration y a la perforación por estallido, como un globo de goma. Vale decir, que lo que se produce no es el estrangulamiento con lesión de constricción, necrosis y perforación, sino un accidente mecánico hipertensivo intratorácico.

El estómago, cada vez más insuflado, comprime el parénquima pulmonar, lo des-

plaza, así como al mediastino y un síndrome cardiocirculatorio y funcional respiratorio llevan a un desequilibrio hemodinámico progresivamente grave.

El síndrome funcional y físico es el de un neumotórax a tensión, y sólo la radiografía puede hacer el diagnóstico exacto. *Por eso es conveniente no puncionar hasta ver las placas*. En el neumotórax traumático, existe además la fractura de una o varias costillas. Nosotros hicimos el diagnóstico clínico de neumotórax traumático, con la salvedad de que no encontramos fractura de costilla. Y no lo puncionamos, a pesar de la presión ejercida por la Guardia de Practicantes, porque preferimos ver antes la placa y el estado del niño permitía esa espera.

Tal vez pudimos haber hecho el diagnóstico correcto, por la ausencia de lesión costal, pero indudablemente la rareza de este traumatismo y del tipo de lesión hizo que el diagnóstico lo hiciéramos con la radiología.

Como puede verse en las radiografías, en el poco tiempo transcurrido entre la placa simple y la contrastada, los signos radiológicos muestran la marcada acentuación y progresión del contenido torácico.

Clínicamente la agravación del paciente con disnea y cianosis permanente y en crisis, señalaban además que un mecanismo de tensión intratorácica en aumento urgía el tratamiento quirúrgico.

La historia clínica del paciente es la siguiente:

2-V-64. Hora 18 y 45. W. U. V. A. Edad: 4 años. Reg. Nº 12.570. Ingresa al Hospital Pereira Rossell a causa de un accidente de tránsito ocurrido a la hora 17 y 30, del siguiente modo: al cruzar la calle vio que venía una camioneta y ambos se detuvieron. Retomaron la marcha simultáneamente y entonces golpeó contra el guardabarro de la camioneta. Al parecer fue un trauma poco intenso. No perdió el conocimiento. Tuvo dos vómitos. Fue llevado al Hospital Pereira Rossell. En el Servicio de Puerta se encuentra un niño lúcido, no shockado, bien coloreado, pulso regular bien golpeado. Es enviado a Sala, donde lo vemos poco después.

*Examen:* Lúcido, se queja de dolores abdominales, sin localización. Llama la atención el síndrome funcional respiratorio (S.F.R.) integrado por disnea, respiración contenida, quejido espiratorio, cianosis de los labios, ingurgitación de las yugulares. El hemitórax izquierdo se moviliza menos que el derecho. *Tórax: no hay dolor costal. Tampoco hay dolor a la compre-*

*sión lateral ni anteroposterior*, por consiguiente parece no haber fractura de costilla. Percusión: aumento de la sonoridad del hemitórax izquierdo, que es timpánico en su parte baja. Auscultación: murmullo vesicular disminuido. Latidos cardíacos, no se pueden localizar bien.

**Diagnóstico:** Neumotórax traumático con S.F.R., llamando la atención para dicho diagnóstico que no hay aparentemente fractura de costilla. Dada la rareza de la afección, no pensamos en este momento en H.D.T. Se pensó en la necesidad de puncionarlo, pero antes le pedimos radiografía de tórax.

Hora 20: El S.F.R. respiratorio es más intenso, y ha hecho varias crisis de cianosis, mientras se hicieron las placas. Se le colocó oxígeno por vía nasal.

Vemos la placa, que nos muestra que la zona de hipersonoridad clínica corresponde a la cámara gástrica ocupando el hemitórax. En la parte baja, tanto en el frente como en el perfil, puede verse el colon también herniado en el tórax.

Como el estado general en este momento es relativamente bueno, le pasamos una sonda gástrica por la que se inyectó 2 c.c. de lipiodol. Se tomaron dos placas de frente y perfil con el niño parado.

En este momento comienza la descompensación cardiorrespiratoria y el niño es enviado a Sala. La lectura de las placas, tomadas con muy pocos minutos de diferencia, permite apreciar el aumento considerable de la porción del estómago intratorácico así como también un acentuado desplazamiento del mediastino hacia la derecha. El hígado ocupa su lugar normal. El lipiodol está en el estómago, pero no es posible precisar si infra o supradiafragmático.

Le pedimos una nueva placa, tomada en su cama y en decúbito lateral izquierdo. Puede verse como el estómago ocupa casi todo el hemitórax y cómo el lipiodol ha pasado al tórax y se ha depositado por debajo de otro nivel gástrico.

Confirmado el diagnóstico y habiéndose agravado el estado general, se resuelve la intervención de inmediato. La intervención comenzó a la hora 22 y 30 (cinco horas después del accidente), duró hasta la 1 y 50. Sangre intraoperatoria y postoperatoria, 700 c.c.

**Operación:** Dra. Elida Murguía de Roso; practicantes Torterolo y Sicardi. Anestesia general con intubación traqueal.

**Posición:** Decúbito lateral derecho.

**Toracotomía** en el 8º espacio intercostal izquierdo.

*Abierto el tórax* aparece en primer término el bazo, luego el colon y el epiplón, lo que nos hizo dudar si no habríamos llegado a la cavidad abdominal. Completada la incisión, aparece el estómago sumamente dilatado, insuflado a presión. A pesar de tener colocada una sonda gástrica es imposible evacuarlo porque un mecanismo valvulado por la incarceration del estómago en el tórax impide el reflujo. El pulmón no se visualiza. Tampoco se reconoce por la palpación el desgarro y la zona de pasaje de las vísceras. Es imposible reducir el estómago por la enorme distensión.

*Tenemos dos soluciones:* Puncionarlo o hacer una laparotomía complementaria. Optamos por la segunda, ya que consideramos imprescindible la exploración del abdomen en su totalidad.

**Laparotomía paramediana** transectoral izquierda, por donde se extraen las vísceras abdominales herniadas en el tórax a medida que se van reduciendo. 1º) Con esto se logra evacuar el estómago por la sonda. 2º) Explorar el tórax y el abdomen. En el tórax el pulmón se reexpande bien y el corazón mejora en su posición. En el abdomen no hay otras lesiones viscerales. 3º) Hacer el inventario de la herida diafragmática.

Se comprueba entonces que el diafragma presenta un desgarro total en el sentido transversal, de derecha a izquierda, pasando por delante del centro frénico. El área cardíaca queda pues por detrás.

En la parte izquierda el desgarro está a unos 3 cm. de su inserción costal, lo que permite hacer una buena sutura con puntos separados en dos planos y en X con hilo de lino. A la derecha presenta una desinserción total hasta la parte más extrema del hemitórax. La pleura está sana.

El hígado está totalmente expuesto en su cara superior y su lóbulo izquierdo se encuentra parcialmente en el tórax (izquierda).

Se estudia la forma de cerrar esa extensa brecha y se decide suturar la parte izquierda con puntos en X, en dos planos, con puntos separados. A la derecha se van colocando puntos en X con hilo de lino en el borde libre del diafragma, que nos permite por tracción desplazarlo hasta la izquierda e ir colocando todos los puntos hasta el extremo lateral derecho. Luego se enhebra uno de los extremos de cada hilo y se afronta con un punto sobre el espacio intercostal a la altura correspondiente. Se comenzó por el punto más distante. De este modo se obtuvo un cierre satisfactorio.

Se procede al cierre de la laparotomía. La exploración del abdomen no fue exhaustiva, nos limitamos a comprobar que tanto el bazo como el hígado y las asas intestinales más próximas no tenían lesiones. Creemos que tampoco se justificaba una exploración mayor (duodeno, por ejemplo) sin una incisión apropiada, en posición inadecuada y sin indicación clínica. Se hizo el cierre de la paramediana por planos y con puntos separados, con hilo de lino.

Finalmente se cierra la toracotomía, previa colocación de un tubo de drenaje pleural que se saca por contraabertura en el 10º espacio intercostal. Se deja el drenaje bajo agua. El pulmón se insufla bien. La toracotomía se cierra por planos con catgut cromado N° 1. Reexpansión pulmonar. Operación bien tolerada y sin incidentes.

Radiografía de control al terminar la intervención. No hay neumotórax. Sombra derecha.

El corazón ha vuelto a su sitio y las vísceras están en el abdomen.

**Postoperatorio:** Drenó líquido bilioso dos días y después se retira la sonda gástrica. El tubo pleural se retiró a las 48 horas. Supuró la parte anterior de la toracotomía.

12-V: Radiografía de tórax, normal.

23-V: Radioscopia. El diafragma derecho se moviliza perfectamente; el izquierdo se moviliza bien, aunque menos que el derecho (Dra. Garófalo).

Alta en buenas condiciones. Al año el estado general es muy bueno.

Un poco al margen se debe señalar que la toracotomía supuró en forma abundante en su parte anterior, indicando claramente que una contaminación intraoperatoria pudo haber logrado el resultado final.

La infección quedó limitada a la parte anterior, no supuró la parte posterior, ni la laparotomía.

## RESUMEN

Se presenta un caso de H.D.T.A. en un niño de 4 años, que corresponde a la segunda observación nacional.

Sus características principales son: Accidente al parecer no muy intenso (de tránsito). Sección transversal total del diafragma, como única lesión.

S.F.R. grave y progresivo.

Diagnóstico clínico: Neumotórax a tensión.

Diagnóstico radiológico: H.D.T.A. con contenido de estómago y colon.

Diagnóstico operatorio: Desgarro total del diafragma con hernia del estómago, colon, bazo, epiplón y lóbulo izquierdo del hígado.

Tratamiento quirúrgico a las cinco horas del accidente. Toracotomía y laparotomía. Reducción de las vísceras. Sutura del diafragma en dos planos a izquierda, reinserción a derecha.

Evolución buena, salvo una infección de la toracotomía. Al año: Clínicamente normal. Radiológicamente: Movilidad del diafragma, normal. Tórax y abdomen, normal.

## RÉSUMÉ

On présente un cas d'hernie diaphragmatique traumatique aiguë dans un enfant de quatre ans qui correspond à la deuxième observation nationale.

Ses caractéristiques principales sont: Accident d'auto apparemment pas trop intense. Section transversale totale du diafragma comme lésion unique.

Syndrome fonctionnel respiratoire grave et progressif.

Diagnostic clinique: Pneumothorax à tension.

Diagnostic radiologique: Hernie diaphragmatique, traumatique aiguë ayant pour contenance l'estomac et le colon.

Diagnostic opératoire: Déchirure totale du diafragma avec hernie de l'estomac, du colon, du rat, de l'épiplon et du lobe gauche du foie.

Traitement chirurgical réalisé cinq heures après l'accident. Thoracotomie et laparotomie. Réduction des viscères. Suture du diafragma en deux plans (à gauche) et réinsertion (à droite).

Evolution: Bonne, sauf, une infection de la thoracotomie. Après une année: Cliniquement, normal. Radiologiquement: Déplacement normal du diafragma. Thorax et abdomen, normaux.

## SUMMARY

A case of traumatic diaphragmatic herniation in a 4-year, old child, the second one published in this country, is reported upon.

The patient sustained a traffic accident—apparently not a serious one—, involving a severe progressive respiratory functional syndrome and total transverse section of the diaphragm, as the only lesion.

Clinical findings: Pressure pneumothorax.

X-ray findings: Acute traumatic diaphragmatic herniation with stomach and colon contents.

Surgical findings: Total tear of diaphragm with herniation of stomach, colon, spleen, omentum and left hepatic lobe.

Surgical treatment 5 hours after the accident. Thoracotomy and laparotomy. Reduction of viscera. Suture of the diaphragm in two planes toward left, reinsertion toward right.

The course was favourable. One year later, clinical and X-ray findings were normal. The mobility of the diaphragm was normal.

## BIBLIOGRAFIA

1. CAZABÁN, L. A. Hernia diafragmática traumática estrangulada. *Bol. de la Soc. de Cir. del U.*, XXXII, N° 4-5-6: 465-99, 1961.

2. NEAL, W. Hernia diafragmática derecha por traumatismo, con evisceración intratorácica del hígado, estómago y colon transversal. *An. de Cir.*, XII, N° 2: 328-31, 1953.
3. MAÑANA, J. Traumatismo toracoabdominal cerrado. Hernia diafragmática aguda. *Bol. de la Soc. de Cir. del U.*, XXXII, N° 4-5-6: 619-25, 1961.
4. TAIBO, W. y col. Hernia diafragmática traumática y paraplejía simultánea en una niña. *Bol. de la Soc. de Cir. del U.*, XXXII, N° 4-5-6: 530-9, 1961.
5. VICTORICA, A. Hernias diafragmáticas. Relato al IX Congr. Ur. de Cir., II: 185-217, 1958.

## DISCUSION

*Dr. Carlos Stajano:* No voy a aportar al tema nada especial. Sólo quiero felicitar a la Dra. Murguía porque demuestra, a través de esta comunicación y cada vez confirmándolo más, su sentido común, su gran sentido clínico, revelado en la conducta, en el diagnóstico rápido y la táctica prudente, semiológica, no haciendo lo que no debía hacer, sino precisamente lo necesario, para solucionar un caso tan complejo. Creo que es de interés grandísimo para la Sociedad de Cirugía el presentar casos resueltos por el conocimiento, la conducta clínica y la sanción terapéutica adecuada.

*Dr. L. Mérola:* Sin una gran experiencia y si se me permite referirme al adulto y no al niño, en el que tengo aún menos experiencia, apoyo lo dicho por la Dra. Murguía en el sentido de lo dañoso que puede resultar la punción. Hace poco operamos una hernia traumática, la que había sido puncionada a nivel del tórax y que presentaba una lesión, si bien puntiforme, en actividad, con peritonitis focal, alrededor de un asa delgada. Esa asa, se había reducido espontáneamente hacia el abdomen; el contenido torácico era estómago, bazo, colon en su zona izquierda e incluso la cola del páncreas que penetraba francamente en el hemitórax. El desgarró era enorme, iba desde la pared anterolateral hasta el hiatus diafragmático, tenía una sección completa del hiatus muscular esofágico. Ese enfermo, por una serie de circunstancias, marchó mal.

Quería referirme también a alguna experiencia, en este caso necróptica. En los años que actué en la Morgue Judicial vi una enferma en el Maciel e hice después la autopsia y esa enferma tenía un desgarró diafragmático izquierdo que interesaba la zona pericárdica, la zona frénica central y es interesante, y creo que no hay experiencia clínica, yo no he oído describirlo, no he oído ningún caso en la Clínica en que se haya operado una hernia traumática del centro frénico (repito que era un caso autopsico). Esa mujer fue lesionada en un derrumbe de una pared en el Barrio Sur, en un temporal, tenía dos asas delgadas intrapericárdicas. Es decir, que el desgarró frénico

izquierdo que había hecho su hernia, o su evisceración intertorácica izquierda, hizo su prolongación hacia la zona pericárdica, y permitió hacer un doble saco, uno pleural y otro pericárdico, en pleno centro frénico y al pericardio habían entrado dos asas delgadas. De manera que es interesante plantearse esa posibilidad, que algún día podemos encontrar en Clínica; y la posibilidad de encontrarlo en Clínica, lo da el hecho de que esa enferma sobrevivió más de 48 horas al traumatismo.

Yo no sé el mecanismo exacto de esa muerte, pero es fácil imaginarlo. Es una sumación tremenda de lesiones, evidentemente, pero hay que plantearse, se me ocurre, la posibilidad de algún día poder operar y poder salvar algún enfermo con una hernia o evisceración traumática intrapericárdica.

*Dr. Raúl Praderi:* En el año 1958-1959, comunicamos a esta Sociedad una observación en la cual se planteó un problema similar, que es el problema práctico de interés en estas rupturas de diafragma.

El enfermo mío era una ruptura de diafragma izquierdo, que consultó por un traumatismo, con disnea, dolor y una serie de fenómenos, incluso una matidez en la base del hemitórax izquierdo.

Al hacer la placa de tórax, por una dificultad técnica, el radiólogo hizo una placa en la cual cortó el tórax a la altura de más o menos la 3ª costilla, o sea que no sacó el vértice del tórax. En la placa apareció un nivel torácico que interpretamos como un hemoneumotórax. Operamos al enfermo con ese diagnóstico. Pero antes de operarlo, pensando que era un hemoneumotórax, lo puncionamos. Y puncionamos en realidad el estómago, obteniendo líquido gástrico, porque el estómago estaba estrangulado. Con diagnóstico erróneo, pese a que el líquido ese no nos aclaraba, porque era algo hemorrágico, también con diagnóstico equivocado, operé al enfermo por el tórax, encontrándome al abrir el tórax, el pulmón colapsado y el estómago dentro del tórax, planteándose una situación parecida a la que se le planteó a la comunicante.

Lo que hicimos fue vaciar el estómago, cerrarlo, reducir la hernia y cerrarlo por el tórax, explorando el abdomen a través de la frenotomía. Pero el problema que se puede plantear, y que es el mismo, si a nosotros se nos planteara de nuevo, teniendo el diagnóstico como en este caso, en vez de abordarlo por el tórax, lo abordaría por el abdomen, porque en general, en la contusión abdominal, el estallido se hace del abdomen hacia el tórax y otras lesiones viscerales asociadas, esplénicas o hepáticas, pueden encontrarse en el abdomen.

*Dr. Walter Suiffet:* La comunicación presentada por la Dra. Murguía, motiva una serie de comentarios que son de sumo interés.

En primer lugar, lo mismo que dijo el Dr. Mérola, nos vamos a referir fundamentalmente a nuestra experiencia en la cirugía del adulto, aunque tuvimos oportunidad de ver, en

nuestro pasaje por la cirugía infantil, algunos casos de hernia diafragmática accidentada.

Según entendimos, la Dra. Murguía expresó que una vez realizado el estudio radiológico, se había hecho el diagnóstico sin discusión. Desde luego que los hechos confirmaron la certeza del diagnóstico; pero hay una situación que puede dar una imagen radiológica exactamente igual a la que tenía este chico. Son las hernias paraesofágicas o parahiatales, en las cuales, por un traumatismo, se estrangulan. En la literatura hay consignadas observaciones de hernia diafragmáticas que no presentaban ninguna manifestación clínica y que, a consecuencia de un traumatismo cerrado de abdomen, se produce el estrangulamiento de la hernia diafragmática preexistente. Incluso, aunque no es el caso éste en la hernia hiatal.

De manera que hay que considerar la posibilidad de que este chico pudiera tener —sin haberse expresado clínicamente— una hernia paraesofágica o una del hiato pleuroperitoneal o de la zona llamada del hiato de Bockaleck y producirse la volvulación del estómago y el estrangulamiento con motivo del traumatismo. En la literatura hay consignados algunos casos de rotura traumática del diafragma, que no fueron diagnosticadas en el momento del accidente, y fueron reconocidas luego en un estudio ulterior y en un estudio operatorio. Por el tipo de lesión que presentaba el diafragma, no podía corresponder a ninguna de las dehiscencias habituales que existen en el diafragma.

En tercer lugar, en la revisión de este tema nosotros encontramos una observación de rotura diafragmática comprendiendo el centro frénico, que operado tiempo después se comprobó que existían dentro del saco pericárdico dos asas delgadas.

Esto muestra que la lesión de rotura traumática de diafragma puede tener un curso agudo, sobre todo cuando está asociado a otras lesiones o a complicaciones, como en este caso. Pero puede suceder, si el enfermo sobrepone esa situación, que tenga curso crónico y aparecer después con sintomatología propia.

Por último, nuestra experiencia personal. El Dr. Mañana presentó a la Sociedad de Cirugía una observación de mi turno de Guardia del Hospital Pasteur. Un paciente que, después de haber sido sometido a un violento traumatismo abdominal, presentaba una desinserción total del diafragma izquierdo, rotura de bazo, lesiones de colon, estómago y que tuvo —dada la magnitud de las lesiones— un curso grave. Por último, respecto a la punción. En la literatura están consignadas algunas observaciones de hernias diafragmáticas extranguladas que han sido puncionadas e incluso drenadas y se ha establecido una fístula gastrotorácica parietal.

Es un tema muy interesante y ha sido muy oportuno traerlo a la Sociedad de Cirugía.

*Dr. Abel Chifflet:* Mi contribución es únicamente informar sobre una observación. Tiene algunas particularidades que pueden ser de

interés en relación a lo que ha sido el debate de esta interesante comunicación de la doctora Murguía. Tuvimos oportunidad de atender, no un niño, sino una adolescente, una señorita de 16-17 años, que hizo una rotura de diafragma por un mecanismo curioso. Estaba en el Departamento de Colonia, en una quinta, recogiendo frutas arriba de un árbol y en determinado momento resolvió tirarse de una rama y en el momento de descolgarse prendida de la rama, vio que venía un peón del establecimiento y creyó que al soltarse las faldas se iban a subir y se aguantó tomada de la rama. Sintió un brusco dolor y cayó con pérdida de conocimiento. En esas condiciones fue llevada a la casa y desde ese momento se inició un cuadro de sufrimientos abdominales altos y torácicos, que arrastró durante dos años. En una oportunidad que esa enferma fue a consultar a un médico de Paysandú, se hizo un estudio radiológico y se reconoció la lesión en el hemitórax izquierdo. Fue una rotura de diafragma por una presión aguda de todo el contenido abdominal sobre el diafragma, que lo desgarró en la parte del aflujo.

Segundo hecho interesante de esta observación, es que con el diagnóstico de que podría ser una hernia diafragmática o que podría ser una eventración, con contracción del diafragma, le hicimos con el Dr. Cassinoni y el Dr. Bennati, una excitación del frénico bajo.

Y nos encontramos un hecho interesante. De que en el momento de contraerse ese diafragma, la hernia ha desaparecido y entonces nos llevó al diagnóstico de que era una eventración y no una hernia traumática. La intervinimos quirúrgicamente, y nos mostró que estábamos equivocados; había una solución de continuidad, un desgarró de la cúpula del diafragma izquierdo, más o menos unos 15 ó 20 cm. por el cual pasaba la pleura libre, el estómago, el bazo y la cola del páncreas. Es decir, que el estudio radioscópico, con la excitación del frénico, nos había dado una información equivocada.

Para terminar, esta observación concuerda con lo que decía el Prof. Suiffet en el sentido de que estas rupturas pueden pasar del estado agudo al crónico y manifestarse secundariamente, como en esta enferma, que fue operada a los dos años, luego de la lesión primitiva.

*Dr. R. Yannicelli:* Yo voy a confirmar lo dicho por la Dra. Murguía en el sentido de la rareza del cuadro de la hernia traumática diafragmática. Yo le preguntaría al Dr. Ríos si él ha tenido oportunidad de ver alguna hernia traumática en su gestión de médico forense. No vio ninguna. Está confirmada por la Clínica; en más o menos cerca de treinta años, únicamente han aparecidos dos casos. En el Hospital Pereira Rossell y tengo entendido que también en el Visca, en Cirugía de Niños, dos casos, sucedidos casualmente en los últimos 3-4 años. Caso del Dr. Taibo y de la Dra. Murguía. Como se ha discutido mucho con respecto a técnica operatoria, si se hubiera abordado por el tórax, por el abdomen, siempre la discusión existe en los distintos tipos de hernias.

Yo hubiera hecho exactamente lo que hizo la Dra. Murguía. Me hubiera dirigido primero al tórax y después al abdomen. Porque con la experiencia que ya tenemos de haber operado unas cuantas hernias de hiato esofágico y hernia de hiato de Bochdalek, y las posibilidades de estrangulamiento, a pesar de la gran aplasia que tiene el diafragma, el pasaje al tórax y el relleno gaseoso hace muy a menudo imposible, empujando de arriba, desde el tórax y eso lo vemos en el recién nacido, en las hernias de Bochdalek y lo vemos incluso en las hernias esofágicas, aun abriendo el saco y queriendo empujar para adentro. De ahí la maniobra de descenso, enganchando el esófago y traccionándola.

Es claro que para los que intervienen —por laparotomía— queda la posibilidad de llegar con frenotoracotomía complementaria, al abordaje torácico.

Pero la técnica utilizada por la Dra. Murguía le permite hacer un inventario también interesante de las posibilidades de reducción torácica y después sí, para hacer una punción antes, mejor y más fácil, muchas veces queremos obviar la laparotomía y después no tenemos más remedio que hacerla.

Si hubiéramos hecho de entrada una laparotomía complementaria, hubiéramos llegado a hacer una reducción de la hernia.

*Dra. Murguía de Roso:* En primer lugar, quiero agradecer a todos los que se ocuparon de este tema. Justamente entre las dudas que tenía y que digo en el trabajo, era que nosotros no conocíamos el estudio de las necropsias, por lo tanto no sabíamos en realidad cuál era el número exacto de las hernias diafragmáticas. Eso quedó relativamente aclarado.

La comunicación del Dr. Praderi yo la conozco. En cuanto a lo que dice respecto a la vía de abordaje, en este caso, por ejemplo, nosotros de ninguna manera hubiéramos podido suturar la parte derecha del diafragma habiendo entrado por la vía abdominal. De eso tenemos la plena seguridad. Además, nos pareció que era mejor el abordaje y comienzo torácico. Sabemos que la mayoría de los autores que tratan el tema hacen la doble vía combinada, torácica y abdominal, porque como ya lo dijimos anteriormente, son vías que se complementan.

Al Dr. Stajano, quiero agradecer sus amables palabras.

Al Dr. Suiffet, en realidad nosotros no pensamos en la hernia del hiato en ese momento. No sé si era porque hacía poco habíamos conocido el otro caso de ruptura del diafragma, que en ese momento no pensamos en otro tipo. El cuadro nos parecía más bien un abdomen traumático; no pensamos en la hernia diafragmática, como tampoco pensamos en la parálisis del diafragma. Nosotros hicimos con la placa el diagnóstico de hernia diafragmática por rotura del diafragma.

En cuanto a la punción del estómago a que hizo referencia y que quedó fistulizado, realmente se encuentra dentro del capítulo —que ya dijimos— de la suerte, con la cual no debemos contar para el tratamiento de los enfermos.

Por otra parte, en la mayoría de los trabajos que yo he podido mirar, las hernias diafragmáticas agudas, traumáticas, en la mayoría no sólo no se ha hecho el diagnóstico precoz, sino que la mayoría muere. Lo que ha pasado también en la experiencia que se ha traído aquí, algunas veces, a la Sociedad de Cirugía.

Al Dr. Chifflet, repito, la parálisis del diafragma en ese momento no la tuve presente.