

CASOS CLINICOS

Hernia diafragmática postraumática crónica estrangulada

Dr. Alberto Valls

Se presenta una hernia diafragmática de origen traumático, crónica, que hizo un accidente agudo gravísimo de estrangulación. En estos casos la gravedad surge de la dificultad diagnóstica inicial, que se sospecha por el antecedente traumático y se afirma por la radiología; por la estrangulación intestinal con shock secundario hipovolémico y por la ocupación de una gran parte del hemitórax izquierdo, con desplazamiento mediastinal a derecha, con disminución del campo de la hematosis.

Después de una reanimación previa, atendiendo a la anoxia, la solución quirúrgica es urgente y debe hacerse la mayoría de las veces por vía torácica y abdominal, para poder reducir el contenido visceral al abdomen después de despegarlo de adherencias torácicas, el control de la viabilidad de ese contenido y el cierre de la brecha diafragmática.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Hernia / Diaphragmatic.

La primera hernia diafragmática traumática fue encontrada por Ambrosio Paré en 1579 y estaba estrangulada. Hay descripciones de ella por la escuela alemana y la americana con Harrington (5), Sweet (9), Mc Vay (6) y Bettmann (1). En nuestro medio Victorica se ocupa de ellas (11) en el relato del Congreso Uruguayo de Cirugía de 1958.

En la Sociedad de Cirugía hicieron presentaciones de casos T. Clivio Durante (3), Raúl Praderi (7), Giuria (4), Taibo y col. (10) y Cazabán (2). Harrington dice: "En estos casos la afección puede considerarse, con mayor propiedad, más como una «evisceración de los órganos abdominales en el interior de la cavidad pleural» que como una hernia verdadera. Quenu (8) resalta su elevada mortalidad de un 75 %.

Siempre existe el antecedente de un traumatismo, herida de bala o de arma blanca o una contusión cerrada, con compresión del contenido abdominal y estallido de la cúpula, o compresión torácica con lesiones periféricas, desinserción anterior, posterior, lateral o trayectos complejos tomando la periferia y el centro frénico. La compresión torácica es la más fre-

Departamento de Cirugía del CASMU, Montevideo.

cuente. Después se produce el ascenso al tórax de estómago, colon (más frecuentemente) asas delgadas, bazo y a derecha hígado). La sintomatología (si no hubo lesión visceral inmediata) puede ser tardía, de 2 años en nuestro paciente. Es de 3 tipos: respiratorio, por ocupación de la cavidad pleural y rechazo mediastinal al otro lado; cardiovascular por el desplazamiento cardíaco y visceral abdominal.

En todo paciente con antecedentes traumáticos de abdomen superior, se debe pensar frente a vómitos de repetición o un cuadro oclusivo, en la posibilidad de una estrangulación de una hernia diafragmática traumática.

Se presenta al paciente del CASMU Nº 378.251, hombre de 54 años. Ingresó el 22 de marzo de 1980 por dolores abdominales intensos en vientre alto y vómitos copiosos, de alimentos y biliosos. Como había de tener una cardiopatía lo vio cardiólogo que le hizo un electrocardiograma y descartó el origen cardíaco. Es entonces que dice que hace 2 años tuvo un trauma de tórax intenso y hace 1 mes y medio, el 29 de enero, tuvo un trauma de tórax por accidente de automóvil con fracturas costales por el que estuvo internado. Ya en esa ocasión se anota que tenía de antes una hernia diafragmática, lo que se testimonia por una radiografía que tenía el paciente en la casa (el enfermo en esa ocasión estuvo en servicio de tratamiento intensivo, Sanatorio Nº 4, y fue dado de alta en 15 días).

Se solicita la placa anterior, que se muestra evidenciando vísceras huecas en el tercio inferior del hemitórax izquierdo, con un nivel hidroaéreo. Se le hacen placas de abdomen que muestran gases en asas delgadas, que están distendidas, de tórax frente y perfil (1, 2) donde se ve la opacidad de gran parte del hemitórax izquierdo con la silueta de un asa llena de gas y en el perfil se aprecia la distensión de asas delgadas en el abdomen y en gran parte del tórax.

Hidratado por vía parenteral es operado a la hora 1 del día 23 de marzo, por los Dres. Quagliotto y Zito, con anestesia general por incisión mediana supraumbilical. Se comprueba que hay penetración al tórax por un orificio anterior del diafragma, a la altura del VI cartílago costal izquierdo, lateral, de 5 cm. de diámetro transversal de asas delgadas que presentan un anillo de compresión y de colon transversal, en su parte izquierda, estando el estómago en su lugar. Se amplía lateralmente el anillo y se extraen las asas delgadas que se presentan congestivas, pero se recuperan.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 23 de abril de 1980.

Profesor Agregado de Cirugía. Fac. Med. Montevideo.

Dirección: Bvar. España 2831, Apto. 201, Montevideo.

El colon no se puede reducir al abdomen y se sutura éste al anillo con puntos separados, cerrándose la pared anterior del abdomen con puntos totales.

A la hora 5 el paciente está gravísimo: pulso 150, presión 7 y 3, cianótico. Nueva placa de tórax muestra la ocupación de la mitad inferior del hemitórax izquierdo, con desplazamiento mediastinal. Lo reoperamos (Dr. Vallés) hora 6, con transfusión de sangre, por toracotomía anterior, VI espacio, con sección de



FIG. 1.—Radiografía de tórax de frente. Opacidad de hemitórax izquierdo, con desplazamiento mediastinal a derecha. Imagen gaseosa de un asa intestinal en hemitórax izquierdo.



FIG. 2.—Radiografía de tórax, perfil izquierdo. Columna en su extremo derecho, asas con gases en gran extensión a izquierda, por encima de la opacidad del diafragma.

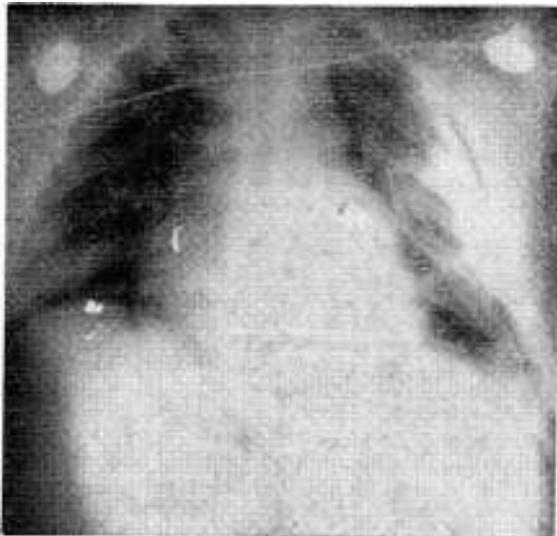


FIG. 3.—Radiografía de tórax, de frente, después de la segunda operación. Reexpansión pulmonar total.

V cartilago costal. Se comprueba gran contenido formado por colon y asas delgadas y líquido sanguinolento en cantidad de cerca de 1 litro, que se evacúa. Las asas están sueltas en la pleura y el colon presenta adherencias firmes al pericardio, pulmón y parrilla costal, de los que se libera a tijera, con hemostasis. Se aprecia el anillo descrito, colocado detrás de los cartilagos costales, en el sector muscular del diafragma, como si se hubiera desinsertado en parte del reborde costal. Dadas las adherencias a su contorno y la dificultad de tratarlas por el volumen visceral, se abre la laparotomía y se tracciona hacia abajo las vísceras, viéndose muy bien el anillo transversal, del que se liberan todas las adherencias y se reducen todas las vísceras al abdomen. Se ve el orificio de 6 a 7 cm. de diámetro transversal en la zona de diafragma colocada en la parte baja del fondo de saco costomediastinal izquierdo, entre pericardio y parrilla costal. En sus dos extremos se ponen dos puntos de nylon y entre ellos puntos que en su parte media tienen que apoyarse en los intercostales. Se prueba la resistencia de la sutura desde el abdomen. Cierre del tórax con puntos pericostales, tubo de drenaje en tórax que queda bajo agua. Cierre del abdomen con puntos de tracción. Ya durante la operación la mejoría fue evidente, mejoró el pulso que bajó a 120, la presión subió a 11 y 7 y desapareció la cianosis. La placa sacada a las 24 horas (fig. 3) muestra la reexpansión pulmonar. A los dos días se sacó el tubo torácico. Pasó a atenderse de entrada al centro de tratamiento intensivo del Sanatorio N° 4. Allí se comprobó, en su evolución, que hizo fenómenos de tromboembolismo; pero el cuadro retrocedió y pasó al sanatorio N° 2 el 31 de marzo y se fue de alta en buenas condiciones el 3 de abril, para controlarse en policlínica.

El abordaje de las hernias diafragmáticas estranguladas, de origen traumático fue realizado por vía abdominal, defendida por Harrington, y fue usado por los cirujanos por el estado precario del enfermo.

Muchos autores defienden la vía torácica (1, 6, 9, 11) pero muchas veces es necesario reducir desde el abdomen el contenido visceral y, para abordar a éste se puede recurrir a una frenotomía separada (Victorica) a una toracofrenolaparotomía (Clivio Durante) o a la laparotomía, que se nos ofreció por la operación previa. La reparación de la brecha se puede hacer por sutura directa, o cuando no alcanza, fijando el diafragma a los intercostales situados por encima, colocando un parche de facia lata o de marlex y si no es posible (Clivio) disminuyendo el perímetro torácico por resección de cartilagos costales VI, VII y VIII.

Resumen. — Las hernias diafragmáticas estranguladas postraumáticas, constituyen un cuadro agudo poco frecuente y de gran gravedad (75 % de mortalidad, Quenu), máxime porque no se piensa en ella.

Esa posibilidad existe en todo paciente con un cuadro agudo de vientre atlo, sobre todo tipo oclusivo, que tenga antecedentes de un traumatismo abierto (herida de bala o arma blanca) o cerrado, contusivo intenso de la región toracoabdominal.

El diagnóstico se certifica con las radiografías de tórax frente y perfil, acompañadas de placas de abdomen.

El tratamiento, después de reposición hídrica y transfusión de sangre si es preciso, con intubación gástrica, decompresiva, que facilita maniobras posteriores, es quirúrgico y urgente. El abordaje debe ser sobre todo por vía torácica, porque las vísceras abdominales, evisceradas en el tórax, colon sobre todo, presentan adherencias muy firmes al pulmón, pericardio y parrilla costal, pero se hace necesario tomar las vísceras desde el abdomen, para reducir las con facilidad a él, lo que se puede lograr por una frenotomía, una toracofrenolaparotomía o una laparotomía asociada, realizada en forma secundaria. La reparación de la brecha puede ser directa, por fijación a los músculos intercostales superiores, colocación de un parche de facia lata o de marlex, o achicando el perímetro torácico por resecciones costales.

Se presenta un paciente con un cuadro agudo oclusivo en que los antecedentes y la radiografía previa hicieron el diagnóstico, confirmado por las nuevas placas. El abordaje abdominal de entrada no pudo resolver la situación, que se agravó. La reoperación por vía de una toracotomía anterior, permitió dominar las adherencias colónicas y la reapertura de la laparotomía facilitó enormemente la reducción al abdomen del contenido y la liberación de adherencias al anillo. El cierre de brecha se hizo suturándola en gran parte a los músculos intercostales.

RESUME

Hernie diaphragmatique postraumatique chronique étranglée

On présente une hernie diaphragmatique d'origine traumatique, chronique, qui a fait un accident aigu très grave d'étranglement.

Dans ce cas, la gravité surgit à cause de la difficulté à établir un diagnostic dès le début; on le soupçonne

étant donné l'antécédent traumatique mais on l'assure avec la radiologie, par l'étranglement intestinal avec un choc secondaire à la diminution du volume sanguin, et l'occupation d'une grande partie de l'hémithorax gauche, avec un déplacement médiastinal à gauche, et une diminution du champ de l'hématose.

Après une réanimation préalable, tout en visant à l'anoxémie, la solution chirurgicale est urgente, et doit être faite dans la plupart des cas par voie thoracique et abdominale, pour pouvoir réduire le contenu viscéral à l'abdomen, après l'avoir décollé des adhérences thoraciques, en contrôlant la viabilité de ce contenu et la fermeture de la brèche diaphragmatique.

SUMMARY

Strangled Chronic Post - Traumatic Diaphragmatic Hernia

A chronic diaphragmatic hernia, traumatic in origin, resulted in an acute and very grave strangulation.

It is the inicial diagnostic difficulty which renders such accidents serious; suspicion is first aroused by reason of patient's traumatic history and is then confirmed by radiology; there is intestinal strangulation, accompanied by secondary hypovolemic shock, occupation of a considerable part of left hemi-tórax, mediastinal displacement rightwards and decrease of hematosis field.

Because of anoxia, resuscitation procedures are first applied, followed by urgency surgery. Approach is general thoracic and abdominal, to enable removal of thoracic adherences and then reduction of visceral abdominal contents and control of their viability, as well as closure of diaphragmatic breach.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- BETTMANN R. Diaphragmatic Hernia. En: Zimermann L. M., Anson B. J. Anatomy and Surgery of Hernia. Baltimore. Williams & Wilkins, 1953, cap. 16.
- CAZABAN LA. Hernia diafragmática estrangulada. Un caso con gangrena del estómago. Consideraciones diagnósticas y terapéuticas. Revisión. *Bol Soc Cir Urug*, 32: 465, 1961.
- CLIVIO DURANTE T. Hernia diafragmática post-traumática estrangulada. *Bol Soc Cir Urug*, 23: 450, 1952.
- GIURIA F. Hernia diafragmática traumática. Transposición de estómago y bazo a la cavidad pleural. Estallido del estómago. Tratamiento. Curación. *Bol Soc Cir Urug*, 29: 121, 1958.
- HARRINGTON SW. The surgical treatment of most common types of diaphragmatic hernia; esophageal hiatus, traumatic, pleuroperitoneal hiatus, congenital absence and foramen de Morgagni. *Ann Surg*, 122: 546, 1945.
- MC VAY Ch. Hernia. En: Christophers, Textbook of Surgery. Philadelphia. Saunders, 1960.
- PRADERI R. Ruptura diafragmática por contusión abdominal. Hernia gástrica irreductible. Operación de urgencia. Curación. *Bol Soc Cir Urug*, 29: 86, 1958.
- QUENU J et MOREAUX J. Les hernies diaphragmatiques traumatiques (non étranglées de l'adulte). *Rev Pract*, 6: 2547, 1956.
- SWEET RH. Thoracic Surgery. Philadelphia Saunders, 1950.
- TAIBO W, UTEDE ME y BADANIAN DE GARCIA R. Hernia diafragmática y paraplegia simultáneas en una niña. *Bol Soc Cir Urug*, 32: 530, 1961.
- VICTORICA A. Hernias diafragmáticas. Relato. *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 99, 1: 165, 1958.