

Presentación tardía de hernia diafragmática traumática

J.R. Leiva Flores¹, J.I. Ramírez Rivera¹, M.E. Ramírez Rivera²

¹*Cirujano Pediatra. Servicio de Cirugía, Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante. Guayaquil, Ecuador.*

²*Médica. Universidad Central del Ecuador. Quito, Ecuador.*

RESUMEN

Varón de cuatro años de edad que hace cuatro meses fue intervenido por presentar lesiones en el tórax producidas por un proyectil de arma de fuego, sin que se observaran lesiones en el diafragma. Ahora ingresa por un cuadro de obstrucción intestinal. Por laparotomía media, se expuso un defecto de 3 cm de diámetro, en el diafragma izquierdo, que contenía un segmento de 5 cm de colon transversal y omento. Se describe el tratamiento efectuado.

PALABRAS CLAVE: Diagnóstico tardío; Herida de bala; Hernia diafragmática; Ruptura diafragmática; Niño.

LATE PRESENTATION OF TRAUMATIC DIAPHRAGMATIC HERNIA

ABSTRACT

Four years old male, who was operated four months ago to present chest injuries caused by a firearm projectile, where injuries in the diaphragm were not observed. Now is admitted because of an intestinal obstruction. By medial laparotomy, a defect of 3 cm in diameter was exposed in the left diaphragm, containing a transverse colonic segment of 5 cm and omentum. The treatment performed is described.

KEY WORDS: Delayed diagnosis; Gunshot wounds; Diaphragmatic hernia; Diaphragmatic rupture; Child.

INTRODUCCIÓN

La hernia diafragmática traumática es poco frecuente durante la infancia^(1,2) aunque el aumento de traumatismos por diversas causas está ocasionando la aparición de lesiones más propias de los adultos. Dentro de esta baja frecuencia es aún más excepcional su presentación diferida o de forma tardía,

aunque en adultos, dentro de una gran variabilidad, se han descrito frecuencias que van desde el 9,5% al 30%^(3,4).

Se presenta el caso de un paciente con lesión diafragmática diagnosticada y tratada cuatro meses después de una lesión por arma de fuego en el tórax.

CASO CLÍNICO

Varón de 4 años de edad que, cuatro meses antes, sufrió una herida en el tórax producida por un proyectil disparado por arma de fuego. Fue intervenido por toracotomía bilateral, viéndose un orificio de entrada en el noveno espacio intercostal derecho y otro en el séptimo espacio intercostal izquierdo. No se encontraron lesiones en el parénquima pulmonar ni en el diafragma. Se extrajeron dos proyectiles. Estuvo ingresado durante 10 días y después de un periodo postoperatorio sin incidentes fue dado de alta en buen estado de salud y con una radiografía de tórax normal.

Ahora, desde hace 24 horas, presenta vómitos y distensión abdominal. Se coloca una sonda nasogástrica, saliendo líquido bilioso. Se realiza radiografía de tórax y abdomen donde se observa una imagen, paracardiaca izquierda, de densidad aire y que parece corresponder con el colon herniado por el diafragma (Fig. 1).

Se realiza laparotomía urgente, observando un defecto de unos 3 cm de diámetro en el diafragma izquierdo por el que se eviscera un segmento de epiploon y unos 5 cm de colon (Figs. 2 y 3).

Se redujo el colon mediante la liberación de adherencias y se realizó omentectomía. El diafragma se reparó con sutura de seda 2/0 mediante puntos en U y se colocó un tubo de toracostomía. No se encontraron lesiones en el diafragma derecho. Inició alimentación oral, deposiciones normales y retirada del tubo de toracostomía a las 72 horas. Las radiografías postoperatorias no mostraron alteraciones. Recibió el alta hospitalaria al séptimo día. Actualmente se encuentra asintomático con revisiones periódicas.

Correspondencia: Dr. José Reinaldo Leiva Flores, Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante. Servicio de Cirugía. Av. Gómez Rendón s/n. Guayaquil, Ecuador.

E-mail: joseleivaflores@hotmail.com

Recibido: Diciembre 2015

Aceptado: Agosto 2016



Figura 1. Colon distendido con orientación anormal. Escaso gas en ampolla rectal.

DISCUSIÓN

En el caso que se presenta, parece relevante la falta de evidencia de lesión en el diafragma durante la primera intervención y su evolución posterior, con carencia de síntomas respiratorios o gastrointestinales durante cuatro meses.

La radiografía antes del alta no mostró desplazamiento del mediastino lo que sugiere, junto con el predominio de síntomas digestivos, que la lesión fue evolucionando con el paso gradual del colon al tórax.

Podría ser que, inicialmente, una pequeña lesión en el diafragma no provoque síntomas y que cuando aumenta por la presión negativa intratorácica, ocasiona el paso del contenido abdominal al tórax⁽⁵⁾ apareciendo síntomas tardíos, como se vio en el caso aportado. Tampoco hubo disnea ni signos en la auscultación, posiblemente porque el pequeño defecto del diafragma estaba cerrado por parte del colon que impedía la entrada de otras vísceras y mantuvo la expansión pulmonar, pero provocó la obstrucción intestinal.

No se puede asegurar si esta lesión pasó inadvertida durante la primera intervención o, incluso, fue una complicación quirúrgica. Puesto que no se observó lesión en el diafragma, cabe la conjetura de que pudo aparecer después por efecto de la contusión y lesión térmica producidas por el proyectil⁽⁶⁾.

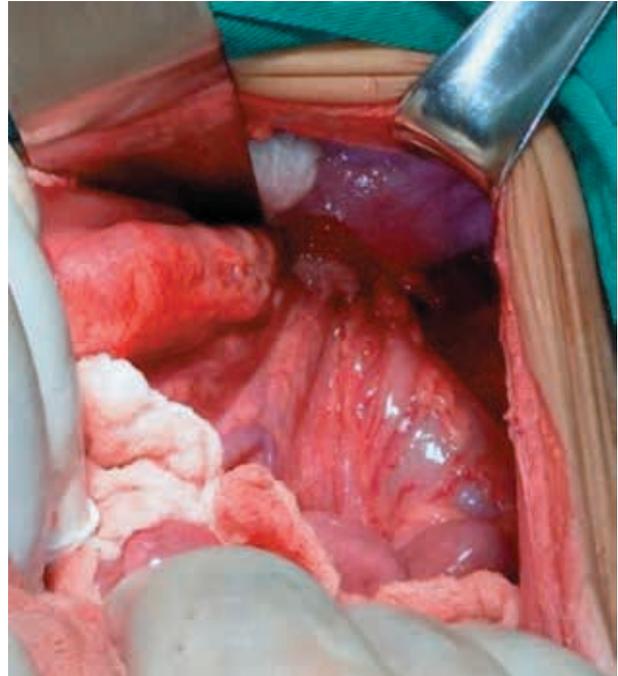


Figura 2. Segmento de colon transverso incarcerated.

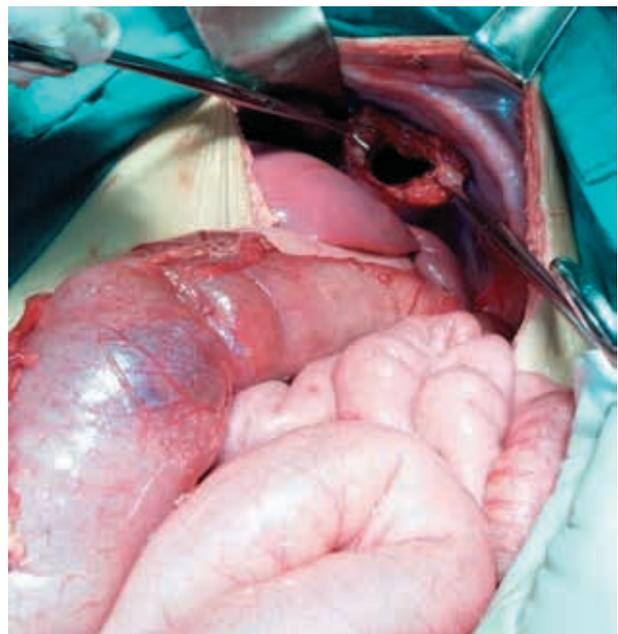


Figura 3. Defecto diafragmático izquierdo de 3 cm.

Que sea efecto de una complicación quirúrgica por manipulación instrumental parece menos probable, toda vez que el diafragma es delgado y, al mantener un grado de tensión, difícilmente podría enmascarar de forma inmediata una lesión de este tipo, pero no se puede descartar el efecto de la manipulación sobre un diafragma predispuesto.

Entre las posibilidades técnicas, la laparoscopia⁽⁷⁻⁹⁾ y la toracoscopia^(10,11) tienen excelentes resultados diagnósticos y han mejorado las tasas de complicaciones y mortalidad. Nosotros optamos por una laparotomía media al considerar la mejor exposición del campo operatorio.

BIBLIOGRAFÍA

1. De la Torre CA, Miguel H, Vázquez J, Ramírez H, Barrera S, Hernández F, et al. Hernia diafragmática traumática: necesidad vital del diagnóstico precoz. *Cir Pediatr.* 2011; 24: 3-7.
2. Kabore RA, Bandre E, Tapsoba T, Ouedraogo I, Traore IA, Ouedraogo N, et al. Hernie diaphragmatique post-traumatique de l'enfant: à propos d'un cas au Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles de Gaulle de Ouagadougou. *Pan Afr Med J.* 2013; 16: 55.
3. Gaine FA, Lone GN, Chowdhary MA, Lone H. The etiology, associated injuries and clinical presentation of post traumatic diaphragmatic hernia. *Bull Emerg Trauma.* 2013; 1: 76-80.
4. Pappas-Gogos G, Karfis EA, Kakadellis J, Tsimoyiannis EC. Intrathoracic cancer of the splenic flexure. *Hernia.* 2007; 11: 257-9.
5. Al-Salem AH. Traumatic diaphragmatic hernia in children. *Pediatr Surg Int.* 2012; 28: 687-91.
6. Baptista RC. Fundamentos de balística en heridas ocasionadas por proyectiles de arma de fuego. Parte 1. *Trauma.* 2001; 4: 115-20.
7. Gaines BA, Rutkoski JD. The role of laparoscopy in pediatric trauma. *Semin Pediatr Surg.* 2010; 19: 300-3.
8. Chen MK, Schropp KP, Lobe TE. The use of minimal access surgery in pediatric trauma: a preliminary report. *J Laparoendosc Surg.* 1995; 5: 295-301.
9. González Cervera C, Sanjuán Rodríguez S, Gómez Martín H, Santamaría Ossorio JI. Hernia diafragmática de aparición tardía. *Cir Pediatr.* 2002; 15: 38-40.
10. Ghionzoli M, Bongini M, Piccolo RL, Martin A, Persano G, Deaconu DE, et al. Role of thoracoscopy in traumatic diaphragmatic hernia. *Pediatr Int.* 2016; 58: 601-3.
11. Parelkar SV, Oak SN, Patel JL, Sanghvi BV, Joshi PB, Sahoo SK, et al. Traumatic diaphragmatic hernia: Management by video assisted thoracoscopic repair. *J Indian Assoc Pediatr Surg.* 2012; 17: 180-3.