

Caso
Autores

(226) Rotura traumática del hemidiafragma izquierdo.
María José Risco Fernández, Ana Hernández García-calvo,
Cecilia Ruiz De Castañeda Zamora, Fátima Ximena Aragón
Tejada, María Montaña Merideño García, Ana Rodríguez
Sánchez.

Centro

Complejo Hospitalario Universitario De Toledo.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 58 años que sufre una caída accidental desde 5 metros de altura. El paciente acude hemodinámicamente estable, con Glasgow de 15 y es inmediatamente trasladado al box vital. Refiere importante dolor en el hemicuerpo izquierdo. En la exploración se objetiva hipoventilación en el hemitórax izquierdo y pelvis inestable. Se obtiene una radiografía de tórax portátil donde se observó una pérdida de volumen del pulmón izquierdo a expensas del lóbulo inferior izquierdo y múltiples fracturas costales.

Se le traslada al servicio de radiología donde se realiza el protocolo de politraumatismo grave, observando:

- Solución de continuidad en el hemidiafragma izquierdo con herniación hacia el tórax del ángulo esplénico del colon, fundus y cuerpo gástrico, estando estos dos últimos marcadamente dilatados. Condicionan una atelectasia casi completa del LII.
- Múltiples fracturas costales izquierdas.

DISCUSIÓN

Las roturas diafragmáticas son poco frecuentes. Pueden ser secundarias a traumatismos penetrantes o a traumatismos abdominales cerrados de alta energía como accidentes de coche, caídas de altura o aplastamientos.

Se estima que entre un 0.8-8% de los traumatismos abdominales cerrados de alta energía presentan afectación del diafragma. El mecanismo de rotura en estos casos es una combinación de la avulsión de las inserciones diafragmáticas en los puntos más débiles, de la hipercontracción del diafragma y/o de la penetración de costillas rotas.

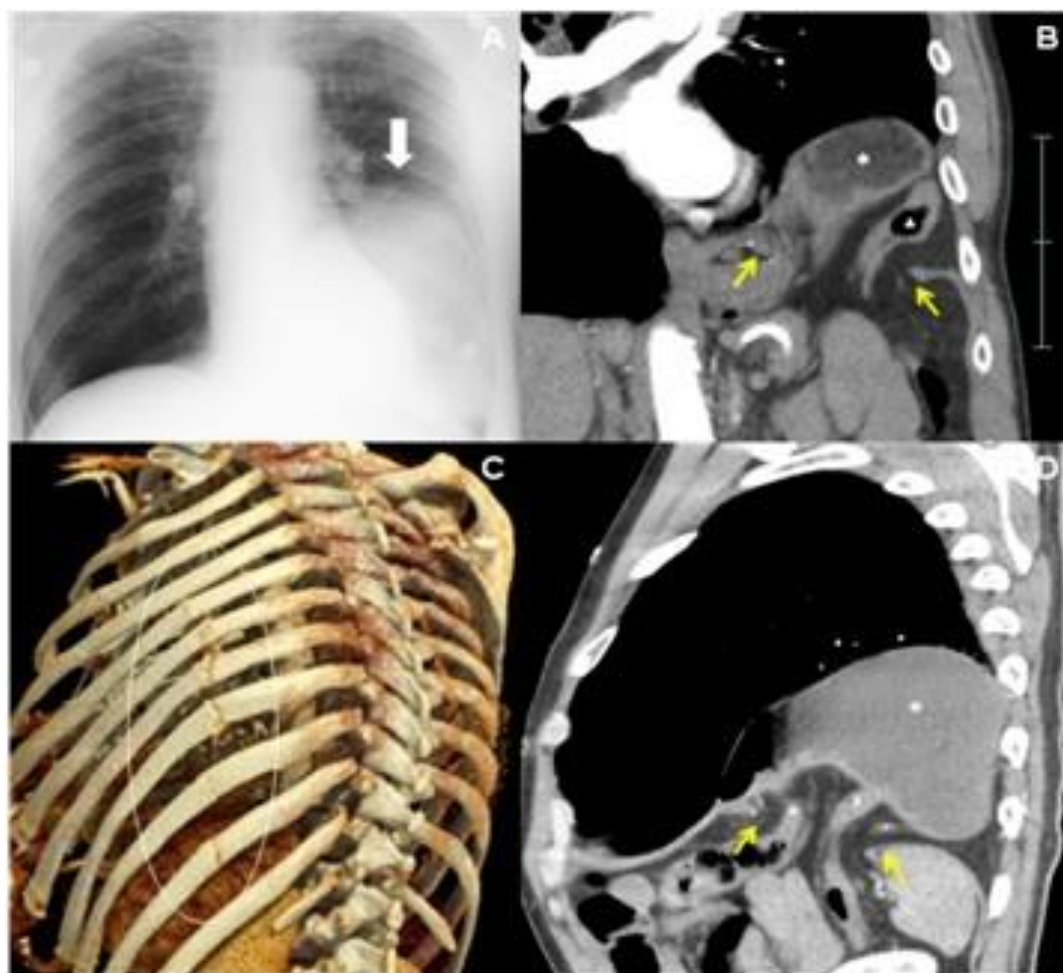
La mayoría son de gran tamaño y se producen en el lado izquierdo, con herniación posterolateral de los órganos. En un 44-100% de los casos están asociados a alteraciones de otros órganos y pueden tener un compromiso vital.

La tomografía computerizada (TC) con reconstrucciones multiplanares es la prueba de elección, aunque la radiografía simple de tórax puede ser útil en el diagnóstico inicial. El diagnóstico de los traumatismos diafragmáticos es difícil y a veces se infradiagnostican. Desafortunadamente, las roturas diafragmáticas no se resuelven de forma espontánea y las complicaciones de una demora en el diagnóstico pueden ser desastrosas. Para evitar errores diagnósticos es fundamental tener una alta sospecha, conocer los signos en la TC y las variantes anatómicas y alteraciones congénitas que la pueden simular.

Entre las complicaciones que pueden desarrollarse destacamos las secundarias a la herniación de los órganos (incarceración, obstrucción, perforación, isquemia...) y las secundarias al compromiso de las estructuras torácicas (derrame pleural, empiema...;)

CONCLUSIÓN

Las roturas diafragmáticas en el contexto de un traumatismo abdominal cerrado de alta energía son poco frecuentes, sin embargo, un diagnóstico tardío puede tener consecuencias devastadoras para el paciente. La TC con reconstrucciones multiplanares es la prueba de elección para descartarlo y es fundamental que el radiólogo de urgencias esté familiarizado con los hallazgos de la misma en imagen.



(Imagen A) Radiografía portátil de tórax en proyección anteroposterior realizada en el box vital donde se observa una pérdida de volumen del pulmón izquierdo, con supuesta elevación del hemidiafragma izquierdo (flecha blanca gruesa) y múltiples fracturas en parrilla costal izquierda. (Imagen B) Reconstrucción coronal ampliada de la TC de tórax en la que observamos una solución de continuidad en el hemidiafragma izquierdo (flechas amarillas), con herniación del fundus y cuerpo gástrico () y del ángulo esplénico del colon () a través de ella. (Imagen C) Reconstrucción 3D de la pared torácica, con múltiples fracturas posterolaterales en arcos costales izquierdos. (Imagen D) Reconstrucción sagital donde se observa la herniación del cuerpo gástrico y del ángulo esplénico a través de la rotura diafragmática. El cuerpo gástrico está dilatado.*

BIBLIOGRAFÍA

Desir A, Ghaye B. CT of Blunt Diaphragmatic Rupture. Radiographics. 2012; 32: 477-498. <https://doi.org/10.1148/rg.322115082>.

Panda A, Kumar A, Gamanagatti S. Traumatic diaphragmatic injury: a review of CT signs and the difference between blunt and penetrating injury. Diagn Interv Radiol 2014; 20: 121-128 <http://doi.org/10.5152/dir.2013.13248>

lochum S, Ludig T, Walter F. Imaging of diaphragmatic injury: a diagnostic Challenge? Radiographics. 2002,22:S103-18.

Kyoung L, Jinyoung P. Blunt traumatic diaphragmatic rupture. Single-center experience with 38 patients. Medicine. 2018; 97:41. <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000012849>