

Caso	(542) Suboclusion intestinal, cuando la causa esta mas allá de la cavidad abdominal
Autores	Esnelly Francismaría Berríos Bonilla, Flores Quan Jose Carlos, Calero Ortega Andrea, Álvarez Páez Manuel
Centro	Sebastián, Cifuentes García Irene Complejo Hospitalario De Toledo

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 43 años, que acude a urgencias por caída desde su mismo plano de sustentación de 2 días de evolución con posterior cuadro de dolor pleurítico izquierdo, acompañado de ausencia de deposiciones y dificultad para canalizar gases. Como antecedentes refiere cirugía bariátrica hace 18 años. Al examen físico hemodinámicamente estable, con dolor y crepitación en pared torácica izquierda, disminución del murmullo vesicular, abdomen doloroso, sin signos de irritación peritoneal con ruidos intestinales disminuidos.

En la radiografía de tórax se identifican fracturas costales izquierdas, que asocian la presencia de asas intestinales en hemitórax izquierdo y pequeño derrame pleural, por lo que se decide ampliación del estudio con TC abdominal con CIV. En este se identifica solución de continuidad del hemidiafragma izquierdo, de unos 28 mm de extensión, con herniación a cavidad torácica del ángulo esplénico del colon, trabeculación de la grasa locorregional y mínima cantidad de líquido libre en saco herniario, sin observar signos que sugieran obstrucción intestinal. Se visualiza pequeño derrame pleural izquierdo.

Se diagnosticó de suboclusión intestinal secundaria a hernia diafragmática postraumática, fue intervenida quirúrgicamente realizándose reducción del contenido herniado y cierre del defecto diafragmático.

DISCUSIÓN

La hernia diafragmática traumática es una entidad poco frecuente, el mecanismo más común son las colisiones de vehículos de motor y su incidencia estimada es ~ 4.5%, suele ser más frecuente en hombres jóvenes con traumatismo abdominal cerrado o torácico inferior. Sin embargo, en pacientes sometidos a cirugía, la incidencia de lesión diafragmática aumenta a 3-8%.

El hemidiafragma izquierdo está afectado 3 veces más que el derecho, posiblemente porque el hígado tiene efecto amortiguador. El punto más común de rotura es la cara posterolateral del hemidiafragma. Las vísceras que se hernian con mayor frecuencia son el estómago y el colon.

Hasta el 70% se pasan por alto en la etapa aguda por ser poco sintomáticos, por hallarse en el contexto de un paciente politraumatizado grave, por haberse producido por un mecanismo infrecuente (trauma banal), o por la escasa sintomatología precoz en pacientes estables sin otra indicación de cirugía urgente,

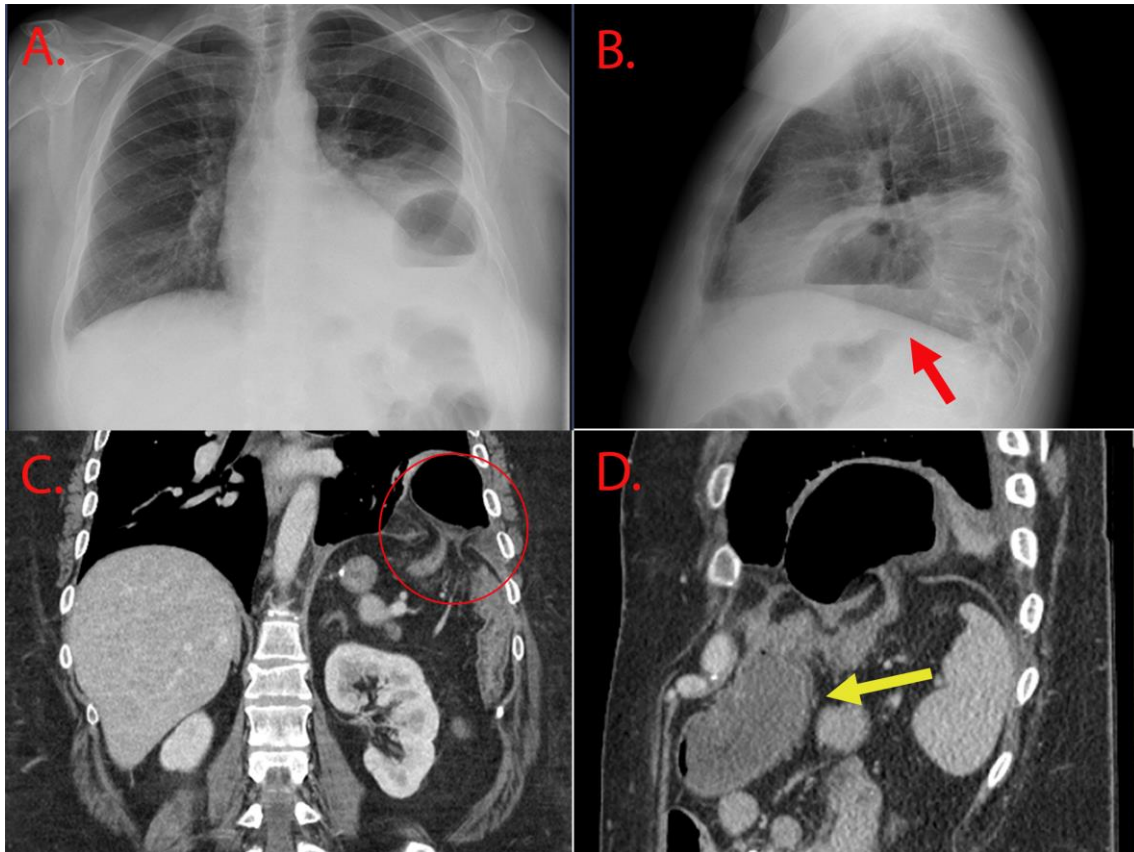
diagnosticándose cuando producen complicaciones debida a la herniación de las vísceras a través de la rotura.

Lo hallazgos en la radiografía simple pueden no verse hasta en el 50% de los casos siendo la TC multidetector la modalidad de elección para la detección de lesión diafragmática, observándose discontinuidad del hemidiafragma con o sin hernia intratorácica del contenido abdominal y constricción de la víscera herniada en el sitio del desgarro. El tratamiento es quirúrgico con reparación del desgarro y reducción de las vísceras herniadas desde el abdomen. Cuando el contenido herniado se estrangula la morbimortalidad aumenta un 30 - 80%.

La hernia diafragmática traumática es una entidad poco frecuente, que usualmente se debe a traumatismos cerrados de alta energía o heridas penetrantes, sin embargo, en pacientes sometidos a cirugía de cavidad abdominal la incidencia se encuentra aumentada. En el caso de nuestra paciente, un trauma toracoabdominal cerrado de baja energía provocó la hernia diafragmática, probablemente porque la cirugía condicionó alguna debilidad en el hemidiafragma, que predispuso la rotura del mismo.

CONCLUSIÓN

Aunque la rotura diafragmática postraumática es una entidad poco frecuente, es necesario poder sospecharla en aquellos pacientes que tras un trauma torácico o abdominal cerrado presenten dolor costal y alteraciones a la auscultación pulmonar, debiendo tomar en cuenta todos aquellos factores que favorezcan o predispongan al desarrollo de esta patología, para realizar en la medida de lo posible un diagnóstico precoz, que prevenga el desarrollo de complicaciones y el consiguiente aumento de la morbimortalidad del paciente.



A y B) Presencia de asas intestinales en hemitórax izquierdo y derrame pleural homolateral. C) Defecto diafragmático con herniación del ángulo esplénico del colon (círculo rojo) hacia la cavidad torácica izquierda, que asocia trabeculación de la grasa y pequeña cantidad de líquido libre en saco herniario. D) Asa de colon distendida con abundante contenido fecaloideo (flecha amarilla) con posterior cambio de calibre a nivel de la hernia diafragmática.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.Killeen KL, Mirvis SE, Shanmuganathan K. Helical CT of diaphragmatic rupture caused by blunt trauma. *AJR Am J Roentgenol.* 1999;173(6):1611-1616. doi:10.2214/ajr.173.6.10584809
- 2.Iochum S, Ludig T, Walter F et-al. Imaging of Diaphragmatic Injury: A Diagnostic Challenge? *RadioGraphics.* 2002; suppl\1: S103-S116. https://doi.org/10.1148/radiographics.22.suppl_1.g02oc14s103
- 3.Kaur R, Prabhakar A, Kochhar S, Dalal U. Blunt traumatic diaphragmatic hernia: Pictorial review of CT signs. *Indian J Radiol Imaging.* 2015;25(3):226-232. doi:10.4103/0971-3026.161433