



Imágenes

Hernia diafragmática adulto

Adult diaphragmatic hernia

Mercedes Bernad Vallés^{a,*}, Carlos Pérez Vázquez^b y Jesús Casado Huerga^b^a Centro de Salud Calzada de Valdunciel, Calzada de Valdunciel, Salamanca, España^b Centro de Salud de San Juan, Salamanca, España

Avisan de urgencia por varón 47 años, precipitado casualmente de 3 m de altura. Estaba sobre tejado de uralita de nave agrícola que cedió bajo sus pies, impactando sobre hemitórax derecho. No pérdida conciencia. Sin antecedentes de interés. Cuando llegamos, el paciente se había levantado con ayuda de sus vecinos y estaba reclinado en la puerta del tractor. Refiere dolor en zona lumbosacra, cadera y pierna derecha. La exploración física, resulta compleja por el entorno y el dolor. TA 173/96, FC 88 lpm, SatO₂ del 94%. Consciente, orientado, cicatriz hemicara izquierda secuela accidente tráfico hace 20 años. AC normal, AP hipoventilación hemitórax derecho, sin disnea, asimetría, dolor, crepitación, cianosis ni taquipnea. Abdomen depresible, no doloroso, peristaltismo normal. Dolor palpación espinosus lumbares, puñoperCUSión negativa. Pulsos presentes y simétricos, sensibilidad conservada, posible acortamiento pierna derecha, intenso dolor, moviliza dedos. Se inmoviliza, vía venosa, analgesia, oxigenoterapia. Expectación armada hasta evacuación al hospital en helicóptero. Manteniéndose estable exploración física, constantes, oxigenación y control del dolor.

Análítica leucocitosis, desviación izquierda ($25,26 \times 10^3$, neutrófilos 90,3%). Radiografía tórax decúbito (fig. 1) muestra ocupación por densidad heterogénea partes blandas del hemitórax derecho. La TC toraco-abdominal-pélvico (fig. 2) gran defecto hemidiafragma derecho, con paso a cavidad torácica del parénquima hepático, epiplón, cabeza y cuerpo pancreático, vesícula, cuerpo y fundus gástrico, colón transverso. Atelectasia completa pulmonar derecha y desviación mediastínica a la izquierda. Fractura superior anterior cuerpo vertebral L1 y fractura rama iliopúbica y de ceja anterior de codo derecho.

El diafragma es una estructura músculo-tendinosa fundamental para la respiración, convexa, delgada y aplanada separa la cavidad torácica y abdominal. Lo atraviesan por tres hiatos: vena cava inferior, aorta, esófago y nervios.



Figura 1. Radiografía tórax decúbito. Densidad partes blandas y niveles hidroaéreos en el hemitórax derecho.

Las hernias diafragmáticas son migración de estructuras abdominales hacia el tórax a través de un defecto del diafragma favorecido por el gradiente de presiones y la movilidad diafragmática¹. Pueden tener origen congénito (Morgagni y Bochdalek) o adquirido (traumáticas o de hiato). Las hernias diafragmáticas, aunque poco frecuentes en ocasiones pueden ser graves^{1,2}.

La clínica y sus posibilidades terapéuticas dependerán de su localización (derecho, izquierdo), tiempo de evolución (agudo o crónico) tamaño y vísceras afectadas^{1,2}. La clínica aguda y grave se describe en recién nacidos con grandes defectos congénitos y adultos tras un accidente toraco-abdominal abierto o cerrado, generalmente de tráfico o por complicaciones agudas de las vísceras herniadas. En otras ocasiones los síntomas pueden ser subagudos digestivos o respiratorios³. El diagnóstico incidental en adultos se produce generalmente, como en nuestro caso, por una anomalía en prueba de imagen radiológica que precisa completar estudio con TC³. Se describe el antecedente de politraumatismo de alta intensidad abierto o cerrado, generalmente de tráfico, arma blanca, de fuego y asta de toro y ocasionalmente en donante de trasplante hepático²⁻⁴. La latencia entre el traumatismo y el diagnóstico oscila

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mercedes.bernad@hotmail.com (M. Bernad Vallés).

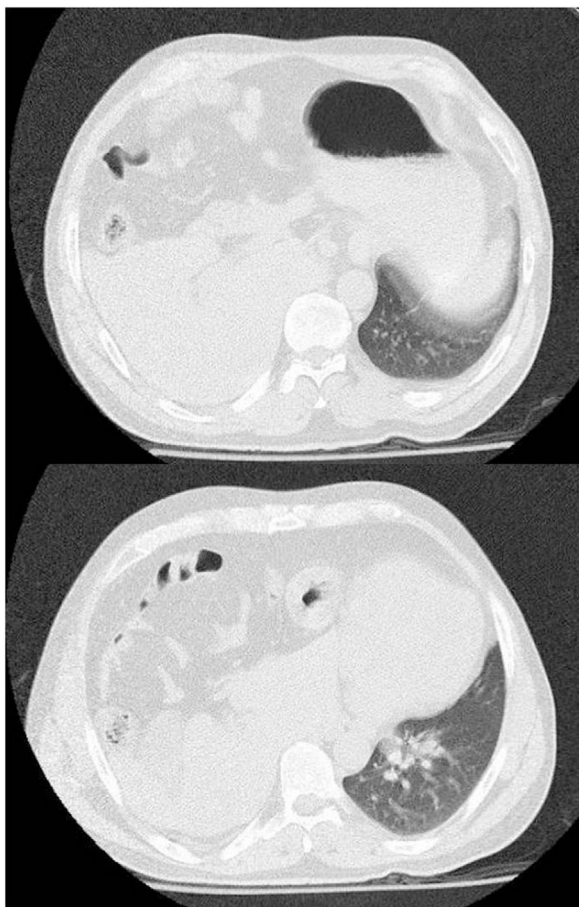


Figura 2. Tomografía computarizada torácica, imágenes axiales. Defecto herniario hemidiafragma derecho con paso a cavidad torácica: hígado, epiplón, páncreas, vesícula, cuerpo y fundus gástrico, colón transverso. Atelectasia completa pulmonar derecha y desviación mediastínica a la izquierda.

entre 20 días y 28 años^{2,4}. Otra posibilidad diagnóstica son hernias congénitas evolución lenta con factores mecánicos favorecedores aumento de presión intraabdominal^{2,5,6}. La resolución quirúrgica en casos de larga evolución y gran tamaño puede ser compleja por la presencia de adherencias^{2,3,6}.

En este caso, durante el ingreso se trataron quirúrgicamente las fracturas. En cirugía valoraron que la gran hernia diafragmática, bien tolerada era un hallazgo antiguo, sin relación con el traumatismo actual, sin poder descartar su relación con accidente de tráfico 20 años atrás. Se decidió seguimiento en consulta.

Destacar que la discrepancia entre la escasa repercusión clínica pulmonar y la sospecha diagnóstica ante un traumatismo toracoabdominal con hipoventilación derecha, se resolvió con las pruebas de imagen y la evolución posterior. La realidad nos sorprende y un «hallazgo incidental» como este en una situación de urgencia es inusual.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización de este trabajo.

Bibliografía

- 1 Gómez Martínez P, Seoane Cruz I. Hernia diafragmática postraumática. *FMC* 2011;18:28–9.
- 2 De la Puente Azpitarte V, Regueiro Martín-Albo C, Sanchez-Migallón Jiménez ME, Vallejo Carrasco M. Hernias diafragmáticas traumáticas: revisión de la literatura a propósito de un caso. *Rev Complut Cienc Vet* 2017;11:164–9.
- 3 Oller Navarro I, Díaz Lara C, Arroyo Sebastián A, Calpena Rico R. Hernia diafragmática bilateral, hallazgo casual tras 10 años de traumatismo. *REIQ* 2017;20:7–9.
- 4 Livingstone SM, Andres A, Shapiro AM, Kneteman NN, Bigam DL. Diaphragmatic Hernia After Living Donor Right Hepatectomy: Proposal for a Screening Protocol. *Transplant Direct* 2016;2:e84, <http://dx.doi.org/10.1097/TXD.0000000000000596>.
- 5 Estrada C, Mancini D, Romano J. Hernia diafragmática de Morgagni: a propósito de un caso. *FMC* 2018;25:383–4.
- 6 Rodríguez Hermosa JI, Tuca Rodríguez F, Ruiz Feliu B, Gironès Vilà J, Roig García J, Codina Cazorla A, et al. Hernia diafragmática de Morgagni-Larrey en el adulto: análisis de 10 casos. *Gastroenterol Hepatol* 2003;26:535–40.