

HOSPITAL POLITRAUMATIZADOS "PRENDA". LUANDA, ANGOLA

Hernia pericardiodiafragmática traumática. Presentación de un caso

Por los Dres.:

LAZARO CARDENAS BALLARTE*, J. ENRIQUE MONTEJO SAINZ**,
HUMBERTO DIAZ ALVAREZ*** y FERNANDO OCTAVIO****

Cárdenas Ballarte, L. y otros. *Hernia pericardiodiafragmática traumática*. Rev Cub Ped 52: 4. 1980.

Se presenta un caso poco frecuente de rotura pericardiodiafragmática por traumatismo cerrado en una niña de 1 año, tratada con éxito en el Hospital "Prenda", de Luanda, República Popular de Angola. Se hace revisión de la literatura y se señalan las ventajas de la vía abdominal en estos casos.

INTRODUCCION

La rotura del diafragma por traumatismo cerrado abdominal es una lesión infrecuente en el adulto y excepcional en el niño¹⁻³, donde representan del 0 al 5% en amplias revisiones⁴⁻⁶.

La extensión pericárdica de las roturas del diafragma izquierdo constituye una condición que podemos considerar muy rara, tomando en cuenta la exten-

sa revisión de la literatura revisada por Coast⁷ en 1972 en la que sólo halló seis casos informados.

Se señala en todas las edades como principal lesión causal las determinadas en accidentes de automóvil o por caídas de alturas⁸, o en suma, siempre que se produzca un cambio brusco y suficiente del gradiente de presiones pleuroperitoneales, y su significación clínica es enmascarada con frecuencia por lesiones asociadas.

Clinicamente pueden distinguirse tres fases en el accidente de rotura^{9,10}: una inicial o aguda; una fase latente y una tercera fase obstructiva.

La primera fase iniciada con la lesión se extiende hasta el aparente restablecimiento. A partir de allí comienza una fase de latencia que se prolongará a veces varios años, hasta aparecer la

* Especialista de 1 grado en cirugía general. Hospital Pediátrico del Cerro; Ciudad de la Habana, Cuba.

** Residente de 3er. año en cirugía general. Hospital Salvador Allende, ciudad de La Habana, Cuba.

*** Especialista de 1 grado en medicina interna. Hospital provincial "José R. López Tabranes", Matanzas, Cuba.

**** Cirujano general. Director hospital "Prenda", Luanda, Angola.

fase obstructiva por atascamiento o estrangulación de los órganos prolapsados.

Se presenta a continuación un caso poco frecuente de rotura pericardiodiafragmática en una niña de 1 año.

Presentación de un caso

Paciente B. da C.M., del sexo femenino, de 1 año de edad, de la raza negra.

Antecedentes: acude el 11-VII-1977 al Hospital Provincial de UIGE, con historia de politraumatismo por accidente automovilístico 9 días antes.

Allí se le observó contusión craneal sin alteraciones neurológicas, así como discreta polipnea, y el hallazgo al examen radiográfico de una opacidad que ocupa la mitad inferior del hemitórax izquierdo con gran desplazamiento cardiomedial hacia el lado derecho (figura 1).

Este estudio se interpretó como un hemo-neumotórax, por lo que se decide su remisión al Hospital "Prenda", de Luanda, donde se recibe el 18-VII-1977.

Del examen a su llegada se comprueba buen estado general aparente, con tos seca frecuente y secreción nasal mucóide blanquecina. No se comprueban: polipnea ni fiebre. Muestra buena aceptación al decúbito, y a la auscultación se comprueba disminución del murmullo vesicular en el hemitórax izquierdo, con aisladas sibilancias en ambos campos pulmonares.

Se decide a su llegada realizar nuevo estudio radiográfico de tórax incluyendo vista en posición de Pancoast y hemograma (figuras 2 y 3).

El nuevo estudio de tórax demuestra la presencia de una opacidad no homogénea de los 2/3 inferiores del hemitórax izquierdo con un pequeño nivel líquido superior. Tanto en esta vista como en la de Pancoast no logra definirse la posición e integridad diafragmática. Se comprobó en el hemograma anemia (Hb: 9 g. Hto: 32 vol %) (leucograma normal).

Ante la sospecha de una posible hernia diafragmática se realizan estudios contrastados de estómago y duodeno en el que se observa el desplazamiento intratorácico del estómago a expensas del *fundus* con inversión de la cámara gástrica (figura 4).

El estudio de enema baritado permite comprobar el ascenso a la cavidad torácica de un gran segmento del colon izquierdo con borramiento del ángulo esplénico (figura 5).

Se completa su preparación por corrección de su anemia (Hb: 14,1 g %, Hto: 48 vol %) y preparación mecánica del colon, llevándose al salón el 24-VII-1977. Durante su permanencia



Figura 1. Opacidad que ocupa la mitad inferior del hemitórax izquierdo. Gran desplazamiento mediastínico hacia la derecha.

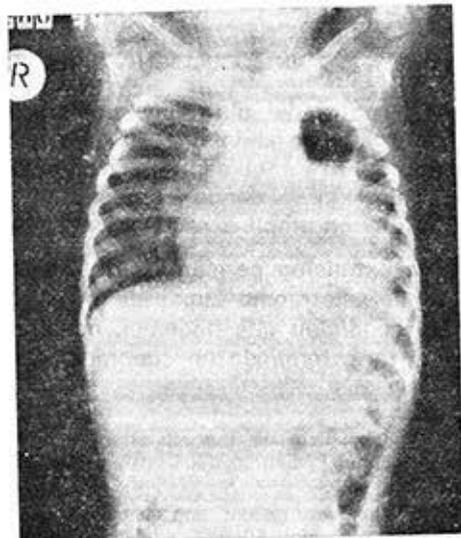


Figura 2. Nuevo estudio simple de tórax, donde se observa un nivel en hemitórax izquierdo.



Figura 3. Vista en posición de Pancoast.

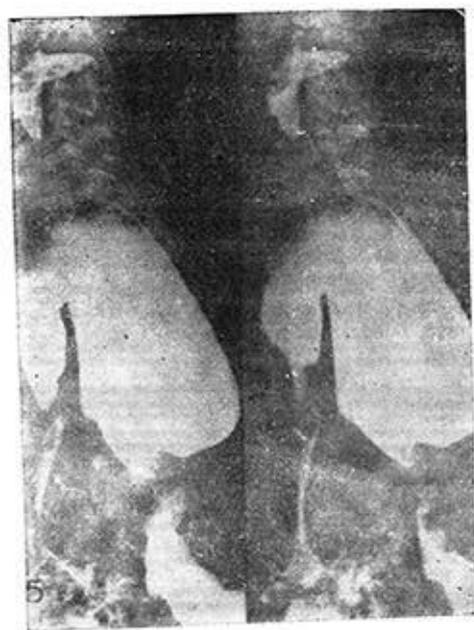


Figura 4. Desplazamiento intratorácico del estómago.



Figura 5. Angulo esplénico del colon en cavidad torácica.



Figura 6. Estómago en posición normal.



Figura 7. Ángulo esplénico en posición normal.



Figura 8. Solucionado el defecto. Cúpula diafragmática izquierda normal. Desaparición del desplazamiento mediastinal.

preoperatoria mantuvo un estado respiratorio aceptable y tolerancia de la dieta blanda aplicada.

Se realizó laparotomía por incisión subcostal izquierda.

Se comprueba un amplio orificio por rotura de la cúpula diafragmática izquierda a través del cual penetran al hemitórax el colon transverso en sus 2/3 distales, el estómago valvulado en flexión anterior y el lóbulo izquierdo del hígado. También se comprueba rotura extensa del saco pericárdico con exposición al abdomen del apex cardiaco.

Se realiza revisión de las vísceras en abdomen donde no se observan lesiones asociadas.

Se hace restitución ordenada a la cavidad abdominal, sin observar adherencias o lesiones de las vísceras colapsadas.

Se coloca sonda para drenaje torácico y se cierra por plicatura el defecto diafragmático, comprobando la integridad del nervio frénico y sus ramas.

Se completa el proceder con cierre parcial del pericardio.

Posoperatoriamente se instituye: aspiración por sistema de Overholt, oxigenoterapia en tienda y antibioticoterapia con ampicillin y ceporán a dosis de 100 y 40 mg/kg de peso, respectivamente.

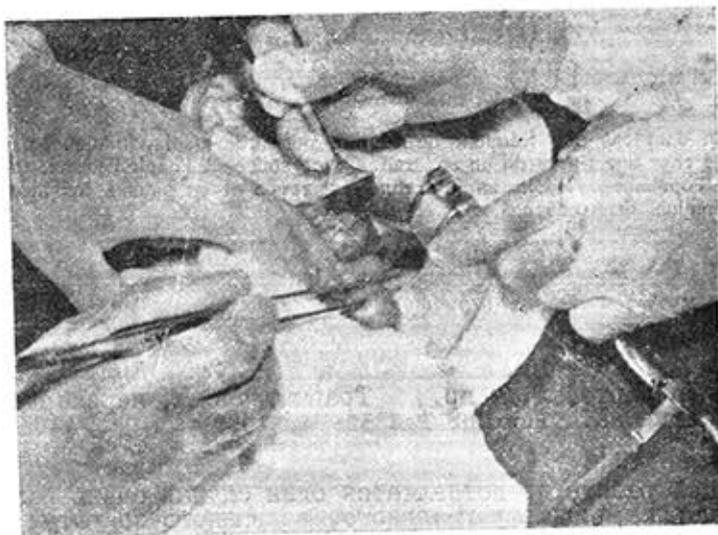


Figura 9. Vía abdominal. Orificio herniario diafragmático.

La niña tiene una evolución satisfactoria y al 5to. día se le restituye la vía oral en cuyo momento aparecen deposiciones diarreicas que ceden al interrumpir el antibiótico, realizándose dos coprocultivos que resultan negativos. Se realizó ECG al cuarto día de su intervención y no se comprobaron alteraciones.

Los estudios radiológicos posoperatorios comprueban una buena corrección del defecto (figuras 6, 7 y 8).

COMENTARIOS

La rotura diafragmática izquierda por traumatismo cerrado toracoabdominal puede asociarse a rotura del saco pericárdico, cuya presencia con frecuencia es sólo detectada como hallazgo transoperatorio.¹¹

Teniendo en cuenta las dificultades que conlleva el cierre quirúrgico del pericardio desde el tórax, así como la baja incidencia de lesiones intratorácicas asociadas⁵ y la ausencia de adherencias aun en hernias traumáticas de larga evolución con las estructuras intratorácicas o con los bordes del orificio diafragmático⁹, entendemos que la vía abdominal constituye la más segura para el tratamiento quirúrgico (figura 9) de la rotura del hemidiafragma izquierdo.^{1,5,6,9,12}

El cierre por sutura simple parece ofrecer para algunos⁹ resultados tan satisfactorios como la clásica imbricación de los bordes del defecto.

SUMMARY

Cárdenas Ballarte, L. et al. *Pericardiac-diaphragmatic hernia due to an injury*. Rev Cub Ped 52: 4, 1980.

The authors present an unusual case of pericardiac-diaphragmatic rupture due to a closed trauma in a one year old female child. The patient was successfully treated at the Prenda Hospital of Luanda, People's Republic of Angola. The medical literature related to this pathology is reviewed. The advantages of the abdominal access in these cases are pointed out.

RESUMÉ

Cárdenas Ballarte, L. et al. *Hernie péricardio-diaphragmatique traumatique*. Rev Cub Ped 52: 4, 1980.

Présentation d'un cas peu fréquent de rupture péricardio-diaphragmatique par traumatisme fermé chez une fillette de un an, traitée avec succès à l'hôpital Prenda, de Luanda, République Populaire d'Angola. La littérature est revue et on signale les avantages de l'abord abdominal dans ces cas.

РЕЗЮМЕ

Карденас Балларте, Л. и др. Травматическая перикардиодиафрагмальная грыжа. Rev Cub Ped 52: 4, 1980

В настоящей работе представляется один случай очень редкого — разрыва перикардиодиафрагмального, вызванного закрытым травматизмом. Это поражение было у головы девочки, которая была успешно лечима в госпитале Пренда города Луанды, Народная Республика Ангола. Делается просмотр медицинской литературы и выдвигается преимущество абдоминального пути в подобных случаях.

BIBLIOGRAFIA

1. *Luchtman, M. y colaboradores*. Acute diaphragmatic hernia caused by blunt trauma. Am Surg 43 (7): 460-63 Jul. 1977.
2. *Besombe, N.* Ruptures Traumatiques du diafragme. Acta Chir Belg (6): 616. 38 Jan. 1975.
3. *Melzig, Ep. et al.* Acute blunt traumatic rupture of the diaphragm in children. Arch Surg 111 (9): 1009-11, Sep. 1976.
4. Traumatic rupture of the diaphragm in children. Aust NZ J Surg 34: 123-27, 1964.
5. *Eric, P. y colaboradores*. Acute blunt Traumatic rupture of the diaphragm in children. Arch Surg 111 (9): 1009-1011 Sept. 1976.
6. *Selhein, K.* Closed Diaphragmatic rupture Injury 4: 301, 1973.
7. *Coast, P.R.; C.R. Sakai Kilam*. Extensive diaphragmatic-pericardial rupture from blunt trauma. L Therac Cardiovasc Surg 63 (2): 275-278, 1972.
8. *Tan, G.C. et al.* Ruptured Diaphragm experience in a major accident centre over a ten-year period. Aust NZ J Surg 43 (2): 163-8, Sep. 1973.
9. *Orville, F.G.* Traumatic Injuries of the diaphragm. Am L Surg 175: 181, Aug. 1974.
10. *Langley, J.R.; B.J. Innes*. Traumatic non-penetrating diaphragmatic hernia. Report of five cases. Am Surg 41 (7): 409-412, Jul. 1975.
11. *Bank, H. et al.* Traumatic diaphragmatic transpericardial hernia. Br Med J 2: 629-30, 12 Jun-1971.
12. *Fiketo, F. et al.* Diaphragmatic hernias. A plea for and abdominal approach. A propos of old Traumatic ruptures. Ann Chir 27: 935-41, Oct. 1973.

Recibido: 18 Diciembre, 1979

Aprobado: 12 Junio, 1980