

Imagen con valor diagnóstico

Gorane Santamaría Ormaetxea

Patricio Luburich Hernaiz

Médicos Residentes Servicio de Radiognóstico. Hospital Clínico y Provincial

HISTORIA CLINICA

Varón de 24 años de edad, sin alergias o hábitos tóxicos conocidos. Entre los antecedentes personales destaca un accidente de tráfico seis meses antes, con pérdida momentánea de la conciencia y hematoma esplénico que cursó con buena evolución y no requirió intervención quirúrgica.

Acude a Urgencias por dolor epigástrico de cuatro días de evolución de carácter cólico, que no se irradia y que se acompaña de vómitos, en principio alimentarios y posteriormente en "poso de café". También presenta dirosis e hipo. No emite gases ni deposiciones.

A la exploración se encuentra un abdomen blando y depresible con disminución del peristaltismo y sin signos de irritación peritoneal.

En la analítica destaca discreta leucocitosis (11.600;80 segm).

PLACA PA Y LATERAL DE TORAX (fig. 1)

Se aprecia una fractura no consolidada de la primera costilla izquierda.

Llama la atención un aumento de densidad en la base del hemitórax izquierdo con prominente nivel hidroaéreo y bordes internos bien delimitados, que desplaza el mediastino a la derecha. Es difícil deter-

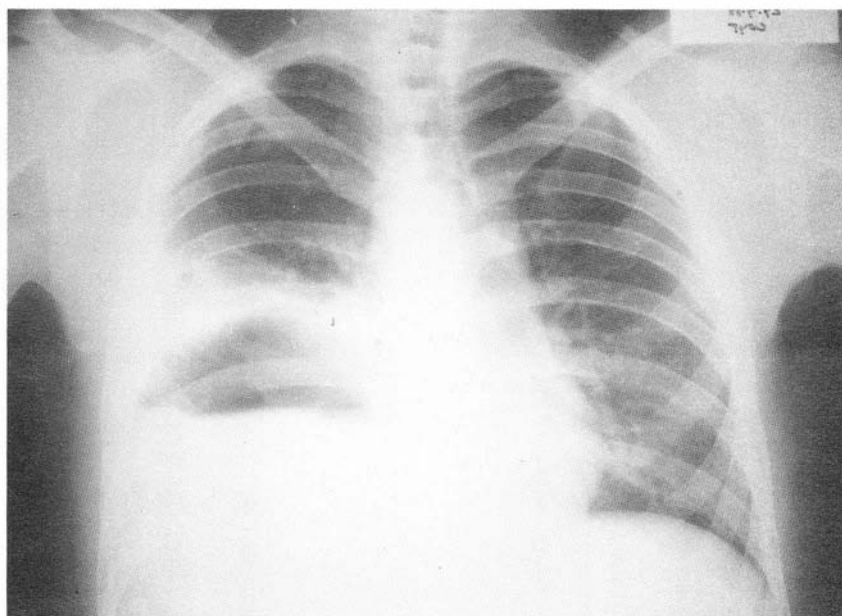


Figura 1

minar la posición del diafragma izquierdo; aparentemente se encuentra elevado, apreciándose atelectasias laminares por encima.

Las características de esta imagen y la ausencia de la burbuja gástrica en su posición habitual, junto con la clínica y el antecedente del traumatismo que afectó a hipocondrio izquierdo, nos deben hacer pensar en una hernia diafragmática postraumática del estómago con vólvulo del contenido herniario.

El tránsito esófago-gastro-duodenal (fig. 2) revela un fundus de situación normal, hallándose el resto del estómago por encima del diafragma, volvulado y dilatado. La zona de estrechamiento gástrico señala el punto de la rotura diafragmática (flecha gruesa), a través de la cual se deslizan el segmento aferente y eferente de la hernia digestiva. La burbuja aérea (flechas) corresponde a la dilatación de la porción herniada, y sugiere dificultad de paso a través del segmento eferente estrechado.

DIAGNOSTICO

Se practica cirugía y se observa herniación del epiplon mayor y de la práctica totalidad del estómago, parcialmente volvulado, a través de un desgarro diafragmático por delante del hiato esofágico. Se reduce el contenido herniario y se sutura la brecha diafragmática.

COMENTARIO

Las hernias diafragmáticas traumáticas son consecuencia de una herida directa por bala, arma blanca o cualquier objeto penetrante, así como por trauma cerrado o aumento marcado de la presión intraabdominal. Ocurren mucho más frecuentemente en el lado izquierdo (95%) que en el derecho debido al efecto protector del hígado. El contenido herniario puede incluir epiplon, estómago, intestino delgado y grueso, bazo, riñón, incluso páncreas. La clínica inmediata suele ser la de las heridas acompañantes, apareciendo la clínica propia de la herniación retardadamente, incluso años después: plenitud postprandial, retortijones, náuseas y vómitos, dolor torácico, disnea, obstrucción intestinal. La estrangulación del contenido herniario ocurre en algunas ocasiones; el 90% de todas las hernias diafragmáticas estranguladas son de origen traumático.

La radiografía simple de tórax generalmente muestra contenido intestinal herniado por encima del nivel habitual del diafragma, cuya posición muchas veces no puede ser determinada. La apariencia radiológica puede simular eventración o parálisis diafragmática, ya que la pared superior de la víscera herniada sigue un curso paralelo al diafragma, como en el caso que presentamos.

La realización de un TEGD o de un enema opaco suele ser necesaria para demostrar la relación del tracto gastrointestinal con el diafragma: en la hernia postraumática hay construcción de las asas intestinales aferente y eferente cuando atraviesan la zona lacerada (Felson denomina esta imagen "signo de los pájaros enamorados". En contraposición, tanto en la eventración como en la parálisis diafragmática se aprecia separación de las asas intestinales. En la hernia de Morgagni también puede verse el signo descrito por Felson, pero el orificio herniario está situado anterior y medialmente.

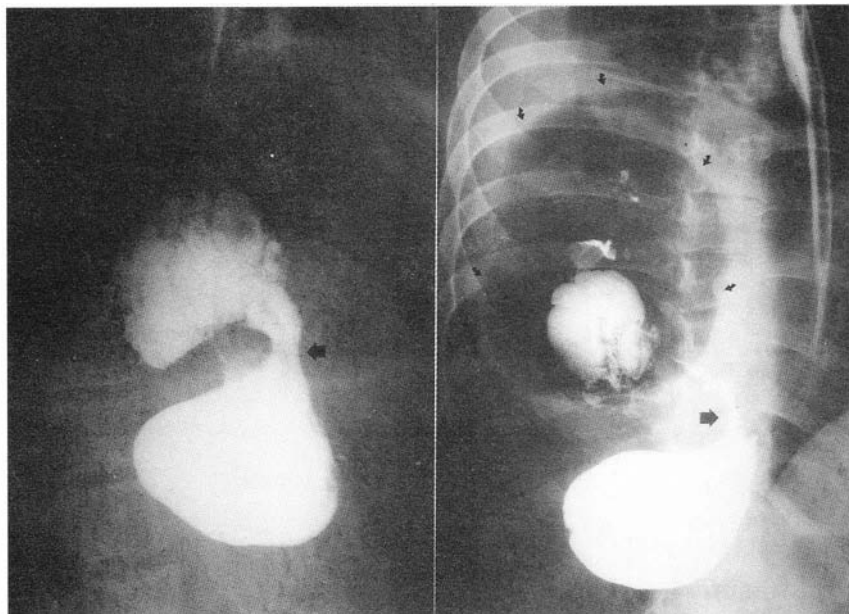


Figura 2