

DISPEPSIA COMO PRESENTACIÓN INUSUAL DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA DERECHA CRÓNICA

DYSPEPSIA AS UNUSUAL PRESENTATION OF CHRONIC RIGHT DIAPHRAGMATIC HERNIA

A.M. Moreno-García, V. Méndez-Rufián, A. Aparcero-Fuentes

Hospital Alta Resolución de Lebrija. Agencia Sanitaria Bajo Guadalquivir. Lebrija. Sevilla.

Resumen

La hernia diafragmática crónica es una entidad adquirida que ocurre tras un traumatismo toracoabdominal de alta energía. Es rara su presentación como afectación del hemidiafragma derecho, ya que suele ser más frecuente la izquierda, y con clínica de síntomas digestivos vagos, pues es más habitual como dolor torácico, cuadro de oclusión intestinal, isquemia intestinal o gástrica.

Presentamos el caso de un varón que sufrió un accidente de tráfico con traumatismo toracoabdominal cerrado, que ocho años tras el mismo comienza con síntomas catalogados de dispepsia de perfil funcional inicialmente. Se diagnostica de una hernia diafragmática derecha crónica con paso de colon e intestino delgado a hemitórax derecho, así como un desplazamiento del hígado hacia el hemiabdomen izquierdo. Lo peculiar del caso es la afectación del hemidiafragma derecho y la presentación como una dispepsia no investigada de perfil funcional, atribuyendo los síntomas a un cuadro de estrés postraumático.

La radiología simple de tórax nos da la sospecha de esta patología, que se confirma mediante la realización de una TAC. En la era tecnológica que vivimos, no debemos olvidar la historia clínica como herramienta esencial en el diagnóstico, que guiará nuestras decisiones.

Palabras clave: dispepsia funcional, hernia diafragmática crónica, ruptura diafragmática.

Abstract

Chronic diaphragmatic hernia is an acquired entity that occurs after a high energy thoracoabdominal trauma. Its presentation is rare as affectation of the right hemidiaphragm, since it is more frequent the left side, and with clinical symptoms of vague digestion, as it is more frequent as chest pain, intestinal occlusion, intestinal or gastric ischemia.

We present the case of a male who suffered a traffic accident with closed thoracoabdominal trauma, which eight years after it begins with cataloged symptoms of initially functional dyspepsia. It is diagnosed of a chronic right diaphragmatic hernia with passage from colon and small intestine to right hemithorax, as well as a displacement of the liver towards the left hemiabdomen. The peculiarity of the case is the involvement of the right hemidiaphragm and the presentation as an unrecognized dyspepsia of functional profile, attributing the symptoms to a post-traumatic stress disorder.

CORRESPONDENCIA

Antonio Miguel Moreno García
Hospital de Alta Resolución de Lebrija
Agencia Sanitaria Bajo Guadalquivir
Avda. del Cuervo, s/n. 41740 Lebrija (Sevilla)
antonio_mmg@hotmail.com

Fecha de envío: 17/04/2017
Fecha de aceptación: 26/07/2017

Simple chest X-ray gives us the suspicion of this pathology, which is confirmed by a CT scan. In the technological age that we live, we must not forget the clinical history as an essential tool in the diagnosis, which will guide our decisions.

Keywords: dyspepsia, chronic diaphragmatic hernia, diaphragm rupture.

Introducción

Las hernias diafragmáticas adquiridas, no haremos mención a las congénitas, son consecuencia de traumatismos toracoabdominales de alta energía, sobre todo accidentes de tráfico en nuestro medio. Suelen afectar a varones jóvenes entre 18 y 40 años.

Caso clínico

Varón de 41 años en la actualidad, con antecedente de un politraumatismo de alta energía por un accidente de tráfico por colisión frontal con otro vehículo ocho años atrás. En dicho episodio sufrió fracturas en las cuatro extremidades, múltiples fracturas costales, traumatismo craneoencefálico con hematoma frontoparietal izquierdo tratado de forma conservadora, fracturas aplastamientos vertebrales de la L1, L2 y L5; así como neumotórax izquierdo tratado de forma conservadora en otro centro hospitalario.

Consulta por cuadro de unos seis meses de evolución de dolor abdominal en epigastrio, irradiado a hipocondrio derecho y espalda, de predominio postprandial con sensación de digestiones lentas y pesadas. Refiere que empeora con comidas más copiosas y que en alguna ocasión ha precisado asistencia en el servicio de urgencias de su centro de salud. Así mismo nos comunica que está presentando disnea de moderados esfuerzos, que incluso le limitan su vida sexual. Su médico de primaria le prescribe un procinético (cinitaprida) y omeprazol con escasa mejoría, atribuyendo el caso a una dispepsia de perfil funcional en el contexto de un síndrome de estrés postraumático, aunque el paciente no presenta alteración del ánimo ni toma medicación para ello. Al no mejorar es derivado a nuestra consulta. No se practicó ninguna prueba radiológica de tórax ni abdomen.

Le realizamos una ecografía de abdomen el mismo día de la consulta, apreciando un hígado con una morfología anómala, con pérdida de volumen del lóbulo hepático derecho e hipertrofia del lóbulo izquierdo, sin apreciar lesiones ocupantes de espacio, con colelitiasis no complicada; así como una porta de tamaño normal, permeable con velocidades normales y flujo hepatópeto; el bazo era normal, aunque estaba desplazado a la izquierda, no apreciando líquido libre ni colecciones, no pudiéndose valorar el páncreas.

Revisamos las exploraciones radiológicas previas disponibles no existiendo estudios de tórax en los últimos años. Ante los hallazgos ecográficos y la sospecha de que los cambios en la anatomía abdominal pudiesen ser consecuencia de secuelas del traumatismo de alta energía solicitamos un estudio de TAC de abdomen y una gastroscopia.

El estudio endoscópico resulta anodino, sin apreciar lesiones. En el estudio TAC que se completa con estudio de tórax, se aprecia una hernia diafragmática derecha de grandes dimensiones con extrusión al tórax hasta la altura de la cuarta vértebra dorsal (que corresponde al vértice superior del corazón, ya que este órgano se localiza entre la cuarta y la octava apófisis espinosas de las vértebras dorsales), de gran parte del contenido intraabdominal que incluye asas de delgado, colon y mesos; provocando compresión del parénquima pulmonar derecho y la lateralización del hígado hacia la izquierda del abdomen, presentando esta glándula una hipertrofia del lóbulo izquierdo, no apreciándose alteraciones vasculares en el eje esplenoportal ni mesentérico. El estómago presenta una elongación, con orientación del píloro en dirección vertical hacia el hemitórax derecho, dificultando el vaciamiento gástrico (Figuras 1-3).

Los síntomas del paciente son secundarios a la malposición del estómago y de las asas intestinales de delgado y colon, que producen síntomas suboclusivos. La hernia diafragmática



Figura 1

Tomografía toracoabdominal-corte coronal: ausencia de hemidiafragma derecho con izquierdo indemne (1), asa colónica en hemitórax derecho (2) y elongación gástrica con orientación pilórica vertical (3).



Figura 2

Corte coronal de TAC observando una pérdida de volumen del lóbulo hepático derecho con hipertrofia del lóbulo hepático izquierdo, con lateralización de toda la glándula hacia el hemiabdomen izquierdo.

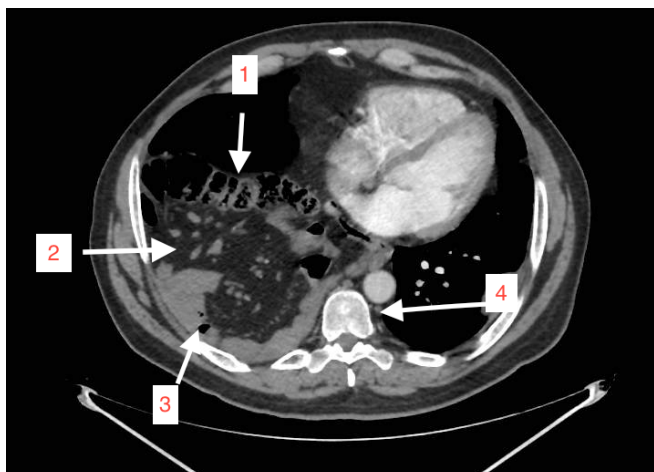


Figura 3

Corte axial de TAC con contenido intestinal en hemitórax derecho hasta nivel cardíaco. Observamos: (1) colon, (2) meso, (3) intestino delgado y (4) sexta vértebra dorsal.

justificaría el cuadro de disnea que presenta el paciente, por el proceso restrictivo-compresivo pulmonar a nivel de hemitórax derecho. Por este motivo derivamos al paciente a cirugía para la reparación de la hernia.

Discusión

Lo particular de este caso es doble, por una parte la manifestación tardía y paucisintomática de la hernia diafrágica ocho años tras el traumatismo y la localización en el hemidiafragma derecho de la lesión.

La incidencia de ruptura diafrágica tras un traumatismo abdominal cerrado, se sitúa en torno al 0,8-6% de los casos¹.

La lesión del hemidiafragma izquierdo es la más frecuente con un 68% de los casos, la del hemidiafragma derecho es del 24% y la lesión bilateral en menos del 1,5% de los casos². Esta afectación predominante del lado izquierdo se debe a que el hemidiafragma derecho es más grueso y se encuentra protegido por el hígado que actuaría como un amortiguador de la energía liberada en el traumatismo disipándose.

En el caso que exponemos observamos como el impacto no solo ha dañado el diafragma derecho, si no que el hígado se ha desplazado, lateralizándose hacia el centro y hemiabdomen izquierdo³.

La hernia diafrágica traumática es una situación de difícil diagnóstico, que puede pasar desapercibida en el momento agudo, debido a la presencia de otras lesiones como son el hemotórax, neumotórax y lesiones de vísceras huecas, incluso en los centros con alta experiencia en el manejo de politraumatizados. Se estima que solo el 30% de las lesiones son diagnosticadas en la fase aguda en nuestro entorno. En el paciente que nos ocupa, presentó neumotórax con necesidad de colocación de tubo de tórax, lo que pudo enmascarar las lesiones iniciales. Esta ausencia

de diagnóstico en la fase inicial, hace que su detección se realice tardíamente cuando aparecen síntomas y/o complicaciones respiratorias o digestivas o ambas^{4,5}. En un 40% de los pacientes con lesión diafrágica crónica suele presentarse clínicamente como una urgencia, como la obstrucción intestinal, precisando ingreso hospitalario y tratamiento quirúrgico.

Clínicamente la hernia diafrágica se manifiesta como dolor torácico, sobre todo en el lado izquierdo, que aumenta con la inspiración profunda y se puede acompañar de vómitos. Ante esta situación debemos descartar una afectación cardíaca o respiratoria como el neumotórax o neumonía. También se puede describir como disnea con tos no productiva y con síntomas digestivos, con distensión abdominal, sensación de plenitud postprandial, vómitos ocasionales, como es el caso que nos ocupa, e incluso síntomas de oclusión intestinal¹.

La técnica diagnóstica fundamental es la radiografía simple de tórax, donde se puede apreciar presencia de contenido abdominal en alguno de los hemitórax. En este paciente tras el episodio de ingreso inicial no se le volvió a realizar ningún estudio de tórax. La tomografía axial computarizada (TAC) es la prueba de elección una vez que se sospecha, con una rentabilidad en las hernias crónicas del 100%⁶. En nuestro paciente fue la ecografía de abdomen lo que nos puso en alerta sobre una alteración en las estructuras anatómicas normales, en un paciente con el antecedente del traumatismo, por lo que solicitamos la TAC.

El tratamiento de las hernias diafrágicas consiste en la reparación quirúrgica de las mismas, por lo que nuestro paciente es valorado por cirugía.

Como conclusión podemos sacar que no debemos banalizar a los pacientes con síntomas dispépticos, debiendo ser cautos y meticulosos en su evaluación comenzando por la historia clínica.

Bibliografía

1. Rashid F, Chakrabarty, Singh R, Iftikhar SY. A review on delayed presentation of diaphragmatic rupture. *World J Emerg Surg* 2009;4:32-39.
2. Marcelo Beltran. Presentación tardía de hernia diafrágica traumática con necrosis gástrica: revisión de la literatura científica. *Rev Colomb Cir* 2013;28:54-63.
3. Mihos P, Potaris K, Gakidis J, Paraskevopoulos J, Varvatsoulis P, Gougoutas B et al. Traumatic rupture of the diaphragm: experience with 65 patients. *Injury* 2003;34:169-72.
4. Jaime Ruiz-Tovar, Purificación Calero García, Vicente Morales Castiñeiras, Enrique Martínez Molina. Hernia diafrágica postraumática. *Rev Gastroenterol Peru* 2008;28:244-247.
5. Olivares-Becerra JJ, Farías-Llamas OA, Candelas del Toro O, Medrano-Muñoz, Fuentes Orozco F, González-Ojeda A. Hernia diafrágica traumática. *Cir Cir* 2006; 74:415-23.
6. Kulstab EB, Pisano MV, Shirakbari AA. Delayed presentation of traumatic diaphragmatic hernia. *J Emerg Med* 2003; 24:55-7.