

## Patología basal derecha de causa por determinar

FRANCISCO NAVARRO-REYNOSO\*  
RAFAEL PARAMO-ARROYO\*  
ALFREDO PÉREZ-ROMO\*  
RAÚL CICERO-SABIDO\*

\* Departamento de Neumología y Cirugía de Tórax. Hospital General de México, SSA, Facultad de Medicina, UNAM.  
Trabajo recibido: 30-VI-2006; aceptado: 31-VIII-2006

222

Masculino de 63 años; ingresó por cuadro clínico de tres semanas de evolución caracterizado por tos, expectoración verdosa, disnea de medios esfuerzos, sibilancias, cianosis e hipertermia hasta de 38 grados. Como antecedente tiene el haberse caído de un caballo, al parecer sin fracturas ni secuelas; cuatro años antes de su ingreso presentó un cuadro de supuración pulmonar aguda del que mejoró en 20 días con tratamiento

médico. Individuo de edad aparente mayor a la cronológica, mal hidratado, con cianosis labial leve, taquipneea, aleteo nasal, mala higiene bucal y múltiples caries. Ingurgitación yugular, ruidos cardíacos normales. Disminución de la movilidad de las vibraciones vocales y del ruido respiratorio, submate y mate en la región subescapular derecha. Se tomó una radiografía posteroanterior de tórax (Figura 1).

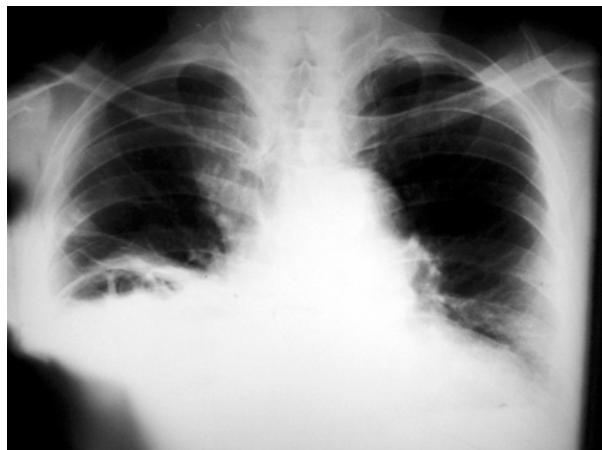


Figura 1. Radiografía PA de tórax.

¿Cuál es su diagnóstico?

## Ruptura diafragmática postraumática

La ruptura diafragmática traumática se debe sospechar cuando existe el antecedente de trauma cerrado o abierto, aunque puede haber casos de ruptura espontánea<sup>1,2</sup>; en ocasiones, los pacientes no le han dado importancia, por lo que se debe preguntar, expresamente. Es más frecuente del lado izquierdo, ya que el hígado, cuando hay *situs solitus* contiene de alguna manera las vísceras abdominales en el lado derecho<sup>2</sup>.

Los hallazgos radiológicos pueden ser difíciles de interpretar si se ignoran los antecedentes o se carece de experiencia; hay que sospechar ruptura del diafragma, si hay elevación de éste, dilatación gástrica aguda, sonda nasogástrica en tórax, niveles hidroaéreos o visualización de asas intestinales, desviación del mediastino o la demostración tomográfica de vísceras abdominales intratorácicas con material de contraste (Figura 2); puede darse agua mineral con gas con el objeto de llenar el estómago de aire. La mala interpretación de las imágenes en las radiografías simples o en la tomografía computada llevan a un diagnóstico erróneo y pueden conducir a procedimientos innecesarios que ocasionan daño<sup>3,4</sup>.

En el trauma torácico cerrado se puede producir un gran desgarro del diafragma y síntomas rápidamente; cuando el trauma es abierto o se debe a heridas punzocortantes o por proyectil de arma de fuego, las rupturas son mucho más pequeñas, pero con el tiempo estos orificios se van haciendo más grandes, secundarios al gradiente de presión intraabdominal. El peligro principal de estas lesiones es que se produzca una estrangulación u obstrucción intestinal; incluso se han reportado casos en que estas complicaciones se presentan años más tarde<sup>5</sup>.

En nuestra experiencia, para la reparación del diafragma se debe planear una toracotomía exploradora en conjunto con un equipo multidisciplinario que incluya un cirujano de gastroenterología, por la posible eventualidad de tener que resechar alguna víscera hueca. Cuando se va a realizar la cirugía del diafragma vale la pena preparar el colon ante la posibilidad de tener que resecarlo o que pueda romperse al despegarlo; esto se hace como una medida rutinaria cuando se opere a este tipo de pacientes<sup>6</sup>. La reparación directa del diafragma en dos planos debe realizar-

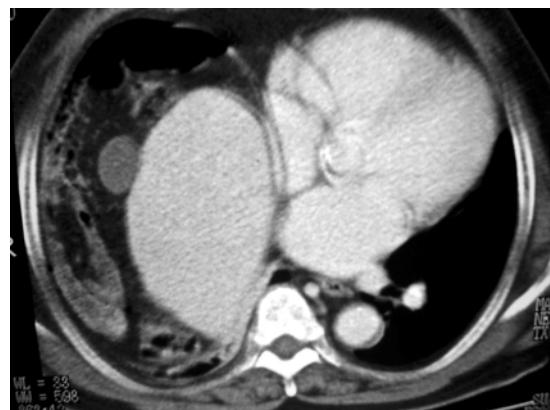


Figura 2. TC: corte que muestra las cuatro cámaras cardíacas; se observan el hígado, la vesícula biliar y algunas asas intestinales dentro del hemitórax derecho.

se siempre y cuando se puedan afrontar los bordes de la lesión diafragmática.

La reparación de urgencia rara vez se efectúa; más bien, se realiza de manera tardía, dados los hallazgos radiológicos. La cirugía de urgencia se puede efectuar cuando existe la presencia de un hemotórax progresivo, cuando hay ruptura del diafragma o existe evidencia de ruptura de víscera hueca, ya sea esófago, estómago o intestino a cualquier nivel, por tanto, la cirugía debe de hacerse con suma urgencia. Se recomienda que la realice un cirujano de tórax de amplia experiencia. En los casos crónicos que han evolucionado asintomáticos se pueden manejar de manera conservadora con buenos resultados<sup>6-8</sup>.

La presencia de las vísceras abdominales en el tórax puede restringir la función pulmonar y, cuando ocurre en enfermos con neumopatías previas, puede llevar a su descompensación. Una vez que se opera, el paciente muestra restablecimiento de la función pulmonar.

Muchas son las complicaciones que se pueden presentar dentro de los casos con eventración diafragmática. En nuestra experiencia, las hemos tratado dentro del Servicio de Neumología con buenos resultados. Sin embargo, se debe hacer hincapié en que los casos con trauma torácico tienen que ser bien abordados de acuerdo con los lineamientos que ya existen y así, evitar secue-

las tardías, más costosas en su manejo dado su consecuente morbilidad mayor<sup>9,10</sup>.

## REFERENCIAS

1. Alexander RH, Proctor HJ. *Thoracic trauma*. In: American College of Surgeons, editor. *Advanced trauma life support. ATLS. Program for Physicians*. Chicago, USA: American College of Surgeons; 1993. p.111-140.
2. Gupta V, Singhal R, Ansari MZ. *Spontaneous rupture of the diaphragm*. Eur J Emer Med 2005;12:43-44.
3. Long TP, Kocher HM. *Clinical presentation and operative repair of hernia of Morgagni*. Postgrad Med J 2005;81:41-44.
4. Abboud B, Sleilaty G, Jaoude JB, Riachi M, Tabet G. *Late complication of blunt abdominal trauma*. Gut 2004;53:1484,1498.
5. Sunanda S, Mohammed MHK, Moreyra CE, Buckman RF Jr. *Diaphragmatic rupture presented 50 years after the traumatic event*. J trauma 2000;49:156-159.
6. Kotsis L, Csekeo A, Orban K. *Latent traumatic diaphragmatic hernia: a surgical challenge*. Chest 2002;121;1006.
7. Hüttl TP, Lang R, Meyer G. *Long-Term results after laparoscopic repair of traumatic diaphragmatic hernias*. J Trauma 2002;52:562-566.
8. Kaiser LR, Dipierro FW. *Thoracic trauma*. In: Fishman AP, editor. *Pulmonary diseases and disorders*. Nueva York: McGraw-Hill;1998.p.1661-1669.
9. Lugo PE, Cicero SR, Navarro RF, Labrador J. *Complicaciones tardías en traumatología de tórax*. Rev Inst Nal Enf Resp Mex 1992;5:198-202.
10. Páramo-Arroyo R, Navarro-Reynoso F, Pérez-Rosales A, Ibarra-Pérez C. *Diagnóstico tardío de evisceración diafragmática secundaria a trauma torácico cerrado veintinueve años antes*. Rev Inst Nal Enf Resp Mex 2005;18:212-216.

### Correspondencia:

MASS, Dr. Francisco Navarro  
Reynoso, Director General Adjunto  
Médico. Hospital General de  
México, SSA. Dr. Balmis 148, colonia  
Doctores. Delegación Cuauhtémoc.  
México, DF., 06726.  
Correo electrónico:  
miroivo@prodigy.net.mx

