



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## P-504 - MANEJO DE LA RUPTURA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO MANIFESTADO DE FORMA TARDÍA

*Lendínez Romero, Inmaculada; Calcerrada Alises, Enrique; Sarabia Valverde, Natalia; Rubio López, José; Romera López, Ana; Capitán del Río, Inés; López-Cantarero Ballester, Manuel; Jiménez Ríos, José Antonio*

*Hospital Universitario San Cecilio, Granada.*

### Resumen

**Introducción:** Se presenta un caso de ruptura diafragmática diagnosticada 4 meses después de un accidente viario en el HUSC. Se discute su epidemiología, aspectos clínicos, diagnósticos y manejo terapéutico óptimo.

**Caso clínico:** Mujer de 80 años implicada en un accidente viario de gran impacto en septiembre de 2014. Presentó TCE leve asociado a policontusiones, polifracturas, mínimo neumotórax anterior apical y basal izquierdo sin colapso pulmonar que no requirió drenaje, e incidentaloma renal derecho de 55 × 60 × 60 mm sugerente de malignidad, en estudio por TAC. Al alta se derivó para estudio de incidentaloma renal y tratamiento oportuno, detectando durante el estudio preoperatorio, 4 meses después, hipofonesis en hemitórax izquierdo e imágenes aéreas en tórax con colapso pulmonar izquierdo en la radiografía de tórax. Otra TAC toracoabdominal informaba de solución de continuidad del hemidiafragma izquierdo con paso de vísceras abdominales a hemitórax izquierdo, no presente en TAC previo. Con diagnóstico de ruptura traumática de diafragma y tumor renal derecho se intervino de forma programada conjuntamente por Cirujanos Generales y Urólogos del HUSC mediante laparatomía media xifopúbica. Se identificó un defecto en hemidiafragma izquierdo de 9 cm de extensión a través del cual se herniaban asas de intestino delgado al hemitórax izquierdo. Se realizó reducción del contenido a cavidad abdominal, colocando tubo de drenaje torácico y cierre del defecto con puntos entrecortados reabsorbible y nefrectomía derecha. Durante el postoperatorio recuperó la función de ventilación progresivamente, confirmando la expansión pulmonar tras la retirada del drenaje mediante control radiológico.

**Discusión:** La ruptura diafragmática traumática (presente en el 0,2-4% de los traumatismo cerrados) se detecta en fase aguda sólo en el 10-20% de los casos, por su sintomatología inespecífica o por asociación con lesiones que requieren atención inmediata. Es infrecuente identificarla por estrangulación del contenido. El 80% se originan tras accidentes de tráfico. Existe tres veces más riesgos en caso de impacto lateral. La cúpula izquierda se lesiona más frecuentemente (60-70%), puesto que el hígado protege la cúpula derecha. Ocurre en la zona más débil, la unión musculotendinosa. La consecuencia es la disminución de la capacidad de ventilación, el desplazamiento del mediastino con aumento de la presión venosa central. El 85-95% asocian otras lesiones, las más frecuentes: fractura costal y rotura esplénica. La radiografía de tórax muestra la característica presencia de imágenes aérea en hemitórax izquierdo en caso de lesiones izquierdas, que desplazan

al pulmón y desvían el mediastino. Pero múltiples estudios consideran la TAC de cortes finos sagitales y coronales la prueba de referencia. El tratamiento de elección siempre es quirúrgico. Incluye la reducción del contenido, reparación del defecto sin tensión y drenaje pleural. Defectos de gran tamaño pueden precisar empleo de mallas. La cirugía urgente es necesaria ante bamboleo mediastínico o en estrangulación del contenido. Se prefiere el abordaje abdominal mediante laparotomía media, excepto en lesiones derechas que algunos autores abogan por abordaje transtorácico. Las técnicas mínimamente invasivas han adquirido popularidad en el diagnóstico y posible reparación. La ruptura diafragmática es una complicación grave, difícil diagnosticar en fase aguda, cuyo tratamiento es quirúrgico.