

CASOS CLÍNICOS

OCCLUSIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A HERNIA DIAFRAGMÁTICA DERECHA ADQUIRIDA: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

INTESTINAL OBSTRUCTION SECONDARY TO ACQUIRED RIGHT-SIDED DIAPHRAGMATIC HERNIA: CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Pacheco Ruiz Rodrigo¹, Saavedra Reque Teran Betsy Yasmin², Bernal Carvallo Fanny Andrea³

RESUMEN

La hernia diafragmática es una patología poco frecuente caracterizada por la protrusión de vísceras abdominales hacia la cavidad torácica a través de un defecto del diafragma. Puede ser congénita o adquirida, siendo esta última generalmente secundaria a traumatismos toracoabdominales. Su presentación clínica suele ser inespecífica, lo que dificulta el diagnóstico oportuno. Se presenta el caso de un paciente masculino de 55 años con diagnóstico de oclusión intestinal secundaria a hernia diafragmática derecha adquirida, con antecedente de trauma torácico cerrado remoto, manejado quirúrgicamente mediante abordaje combinado. Se realiza además una revisión de la literatura.

Palabras clave: Hernia diafragmática; Oclusión intestinal; Trauma torácico; Cirugía; Tomografía computarizada.

ABSTRACT

Diaphragmatic hernia is a rare condition characterized by the protrusion of abdominal viscera into the thoracic cavity through a diaphragmatic defect. It may be congenital or acquired, most commonly secondary to thoracoabdominal trauma. Its clinical presentation is often nonspecific, making diagnosis challenging. We report the case of a 55-year-old male patient diagnosed with intestinal obstruction secondary to an acquired right diaphragmatic hernia, with a history of remote blunt thoracic trauma, surgically managed with a combined approach. A review of the literature is also presented.

Keywords: *Diaphragmatic hernia; Intestinal obstruction; Thoracic trauma; Surgery; Computed tomography.*

INTRODUCCIÓN

La afectación del diafragma presenta un marcado predominio del hemidiafragma izquierdo, reportándose que entre el 70–90% de las hernias diafragmáticas traumáticas ocurren en este lado, mientras que la presentación derecha es significativamente menos frecuente (10–30%), y las lesiones bilaterales son excepcionales. Esta diferencia se atribuye principalmente al efecto protector del hígado, que actúa como un

amortiguador frente a las fuerzas traumáticas y puede sellar defectos diafragmáticos incipientes, además de la mayor resistencia estructural del hemidiafragma derecho. Por ello, la hernia diafragmática derecha constituye una entidad poco común y representa un mayor desafío diagnóstico (1,2,4).

Clínicamente, la hernia diafragmática puede evolucionar en tres fases: aguda, latente y obstructiva. Los pacientes pueden presentar síntomas gastrointestinales y/o respiratorios,

1 Cirujano torácico, Caja petrolera de salud, MAAC, SACT, SBCCTV, La Paz Bolivia

2 MR 3 Cirugía General, Caja petrolera de salud, La Paz Bolivia

3 ASO Cirugía General, La Paz Bolivia

E-MAIL: saavedrayasmin0@gmail.com • rodrigo.pachecoruiz@gmail.com

Teléfono: 68042127 - 68580642

y en muchos casos existe el antecedente de trauma remoto. La tomografía computarizada constituye el método diagnóstico de elección, mientras que el tratamiento definitivo es quirúrgico (5,6,10).

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 55 años, procedente y residente de la ciudad de La Paz, que consulta al servicio de emergencias por un cuadro de 24 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal mal definido localizado en el hemiabdomen derecho, posterior a ingesta alimentaria copiosa. Se automedicó con antiácidos sin mejoría. El cuadro se acompañó de náuseas, vómitos, imposibilidad para la eliminación de gases y dificultad respiratoria.

Como antecedente relevante, refería fractura costal lateral derecha no tratada, secundaria a accidente de tránsito ocurrido 11 años antes.

Al examen físico se encontraba consciente, afebril, con taquicardia de 108 lpm y taquipnea de 32 rpm, con signos de eritrocianosis. A la auscultación pulmonar se evidenció murmullo vesicular disminuido en el hemitórax derecho. El abdomen se encontraba distendido, asimétrico, con ruidos hidroaéreos hipoactivos.

La radiografía abdominal mostró una opacidad heterogénea con imágenes aéreas y nivel hidroaéreo en el hemitórax derecho. La ecografía evidenció asas intestinales dilatadas con edema de pared e íleo reflejo. La tomografía computarizada toracoabdominopélvica

confirmó la presencia de una hernia diafragmática derecha con contenido intestinal, epiplón e hígado, con un anillo herniario de aproximadamente 10 cm.

Los estudios de laboratorio mostraron policitemia, leucocitosis leve con neutrofilia y alteraciones electrolíticas leves.

Se realizó manejo quirúrgico mediante abordaje combinado. En un primer tiempo se efectuó laparoscopia para la reducción del contenido herniario, con instalación de 4 trocates: de 10mm para la óptica umbilical a través del cual se realiza neumoperitoneo, 10mm subxifoideo, 5mm línea axilar media entre el trocar subxifoideo y umbilical, línea axilar anterior y reborde costal derecho. No se evidencia isquemia intestinal y se logra la reducción del contenido, con liberación de adherencias con bisturí armónico laparoscópico. Debido a la presencia de adherencias firmes, retracción del músculo diafragmático con pérdida de sustancia y luxación órgano-axial hepática que impedían su adecuada reducción, se realizó un segundo tiempo mediante toracotomía posterolateral derecha accesoria para liberar las adherencias firmes y reducir el hígado a su posición. Ante la ausencia de tejido diafragmático viable, se colocó una malla doble con cara visceral fijada con sutura prolene 1-0 al borde del diafragma, logrando el cierre de la cavidad torácica. Se evidenció adecuada expansión pulmonar, instalación de drenajes pleurales los cuales se retiraron 72 horas posteriores a la cirugía y posterior a la extubación del paciente.

FIGURA Nº 1
RECONSTRUCCIÓN 3D DE TOMOGRAFÍA TORACOABDOMINOPÉLVICA PRE Y POSTOPERATORIA

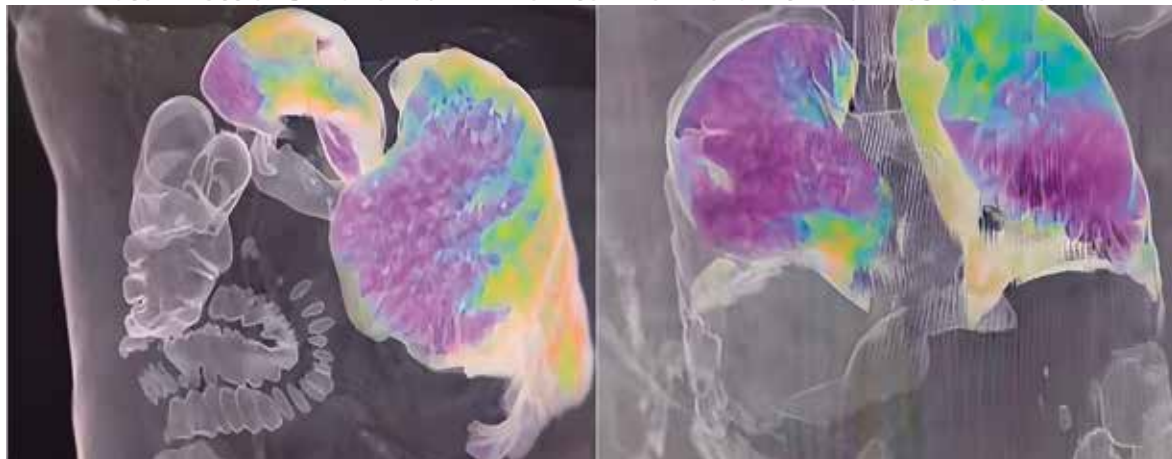
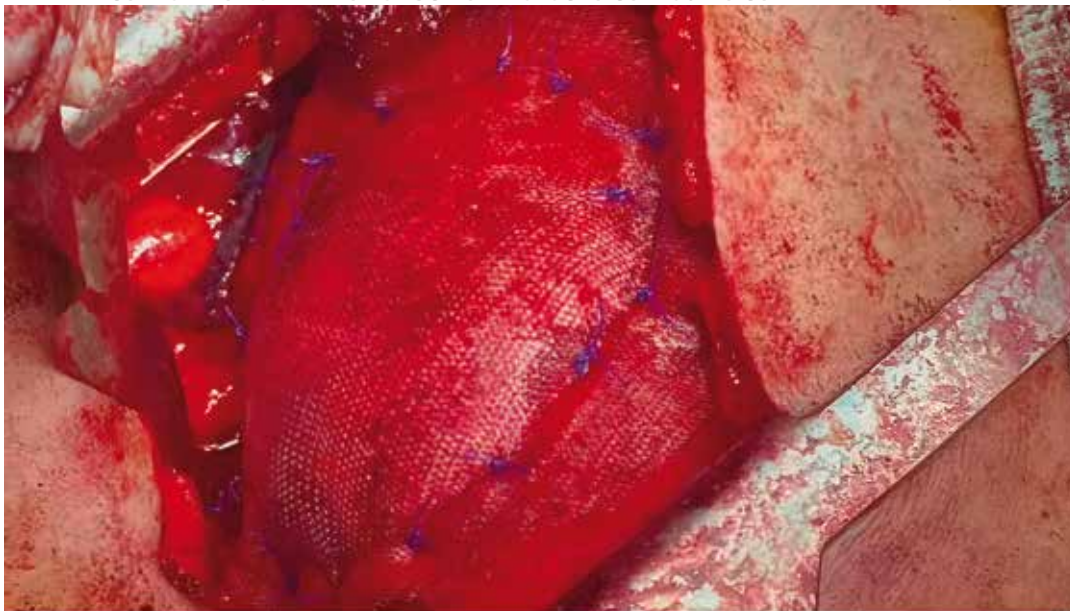


FIGURA Nº 2
CONTENIDO HERNIARIO REDUCIDO Y DEFECTO CORREGIDO CON MALLA MARLEX


La evolución postoperatoria fue satisfactoria, con mecánica ventilatoria estable y adecuada tolerancia a la restauración de pérdida de domicilio abdominal, otorgándose el alta hospitalaria al 10mo día postoperatorio. En el control a los seis meses, el paciente se encontraba sin síntomas respiratorios ni gastrointestinales. La radiografía de control mostró ligero ascenso del hemidiafragma derecho con adecuada expansión pulmonar.

DISCUSIÓN

La hernia diafrágica traumática resulta del desplazamiento de vísceras abdominales hacia la cavidad torácica a través de un defecto diafrágico secundario a traumatismo. Su incidencia se estima entre el 2.5-5% en el trauma abdominal cerrado y entre el 1-5% en el trauma torácico cerrado. En el trauma penetrante abdominal, hasta el 15% de los pacientes presentan compromiso diafrágico, aunque aproximadamente la mitad de estos casos no son diagnosticados en la fase aguda, lo que favorece presentaciones tardías y complicadas (1,2).

Existe un marcado predominio del compromiso del hemidiafragma izquierdo, reportándose una frecuencia de 3 a 9 veces mayor en comparación con el lado derecho. La hernia diafrágica derecha constituye, por tanto, una entidad poco frecuente, atribuida principalmente al efecto protector del hígado, que actúa como barrera mecánica frente a las fuerzas traumáticas y puede sellar defectos pequeños, dificultando además su identificación radiológica. Esta baja

incidencia contribuye a su subdiagnóstico y a una presentación clínica habitualmente tardía, lo que incrementa el riesgo de complicaciones (1,2,4).

La presentación clínica varía según la fase evolutiva. Mientras que las hernias izquierdas se asocian con mayor frecuencia a síntomas gastrointestinales, las derechas suelen manifestarse predominantemente con compromiso respiratorio, siendo así la clínica de nuestro paciente atípica. En fases avanzadas u obstructivas, puede presentarse encarcelamiento e isquemia de las vísceras herniadas, situación poco frecuente pero potencialmente grave, como ocurrió en el presente caso (4,6).

La tomografía computarizada es el estándar de oro para el diagnóstico, ya que permite identificar el defecto diafrágico, el contenido herniado y las posibles complicaciones. El tratamiento quirúrgico está indicado en todos los casos; sin embargo, la evidencia sobre el abordaje óptimo en hernias diafrágicas derechas es limitada, consistiendo principalmente en reportes de caso y series pequeñas. En presentaciones crónicas o complicadas, especialmente cuando existen adherencias firmes intratorácicas o herniación hepática, diversos autores recomiendan el abordaje toracoabdominal combinado, que permite una reducción segura del contenido herniario y una adecuada reparación del defecto. En el presente caso, la presencia de adherencias firmes, retracción del músculo diafrágico con pérdida de sustancia y luxación órgano-

axial hepática confirmaron que el defecto era crónico. La utilización de malla protésica ha demostrado disminuir la recurrencia y ofrecer resultados favorables a largo plazo, aunque la experiencia publicada sigue siendo escasa y no existen guías estandarizadas para estos casos infrecuentes. (5-9).

CONCLUSIÓN

La hernia diafragmática es una patología infrecuente y con escasa literatura disponible a nivel nacional, especialmente cuando compromete el hemidiafragma derecho, lo que contribuye a su subdiagnóstico. Debe

considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales ante un cuadro de oclusión intestinal, particularmente en pacientes con antecedente de traumatismo toracoabdominal remoto. La sospecha clínica temprana, apoyada en estudios de imagen adecuados, resulta fundamental para evitar complicaciones graves. La corrección quirúrgica del defecto diafragmático, frecuentemente mediante el uso de malla de polipropileno, constituye una estrategia eficaz para reducir el riesgo de recidiva y obtener resultados favorables a largo plazo.

REFERENCIAS

1. Garne E, Haeusler M, Barisic I, Gjergja R, Stoll C, Clementi M. Congenital diaphragmatic hernia: evaluation of prenatal diagnosis in 20 European regions. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2002;19(4):329-33.
2. Meyers BF, McCabe CJ. Traumatic diaphragmatic hernia. Occult marker of serious injury. *Ann Surg.* 1993;218(6):783-90.
3. Spellar K, Lotfollahzadeh S, Gupta N. Diaphragmatic Hernia [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [updated 2024 Jul 23; cited 2025 Jun 25]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536952/>
4. Giuffrida M, Perrone G, Annicchiarico A, et al. Complicated diaphragmatic hernia in emergency surgery: systematic review of the literature. *World J Emerg Surg.* 2023;18:43. <https://doi.org/10.1186/s13017-023-00510-x>
5. Díaz Candelas DA, de la Plaza LR, Arteaga Peralta V, Ramia JM. Hernia diafragmática complicada. *Cir Esp.* 2020;98(4):238. <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2019.04.016>
6. Basol O, Bilge H. Our surgical experience in traumatic and congenital diaphragmatic hernia: single-center study. *Niger J Clin Pract.* 2022;25(4):391-4. https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_605_20
7. Paes FM, Durso AM, Danton G, Castellon I, Munera F. Imaging evaluation of diaphragmatic injuries: improving interpretation accuracy. *Eur J Radiol.* 2020;130:109134. <https://doi.org/10.1016/j.ejrad.2020.109134>
8. Shao G, Wu L, Li J, Dai C. Laparoscopic diaphragmatic hernia repair with mesh reinforcement. *Am Surg.* 2020;86(4):476-9. <https://doi.org/10.1177/0003134820919735>
9. Perrone G, Giuffrida M, Annicchiarico A, et al. Complicated diaphragmatic hernia in emergency surgery: systematic review of the literature. *World J Surg.* 2020;44(12):4012-31. <https://doi.org/10.1007/s00268-020-05733-6>
10. Barker-Antonio A, Carmona-Pavón ML, García-Manzano RA, Dávila-Ruiz EO, Escamilla-Orzuna K, Hernández DI. Tratamiento de hernia diafragmática traumática: presentación de caso. *Rev Mex Cir Torac Gen.* 2020;1(3):95-100. <https://dx.doi.org/10.35366/101478>