

# Abordaje laparoscópico de hernia diafragmática traumática de presentación tardía. Reporte de caso

## Laparoscopic Approach to Late-Presenting Traumatic Diaphragmatic Hernia: Case Report

Jaime Oswaldo Majo Meza<sup>1,a</sup> 

<sup>1</sup> Servicio de Cirugía General. Hospital Nacional PNP "Luis N. Saenz". Lima, Perú.

<sup>a</sup> Médico especialista en Cirugía General

### RESUMEN

La hernia diafragmática traumática de presentación tardía es una patología poco frecuente cuya principal causa es el trauma cerrado. Conlleva dificultad diagnóstica y un tratamiento quirúrgico controversial que implica un abordaje toracoscópico o laparoscópico para el cierre del defecto y la reducción de las estructuras comprometidas. Se presenta el caso de un varón con hernia diafragmática traumática diagnosticada 15 años después de un trauma abierto, que fue intervenido vía laparoscópica sin complicaciones ni la necesidad de usar malla en la corrección del defecto, con alta hospitalaria pronta y evolución favorable; con el objetivo de valorar el éxito del abordaje laparoscópico para el paciente. Este caso nos enseña que el abordaje laparoscópico es una buena alternativa para la adecuada reducción del contenido abdominal herniado y el control de la hemostasia en la corrección de las hernias diafragmáticas de presentación tardía seguido del cierre primario dependiendo del tamaño del defecto.

**PALABRAS CLAVE:** Hernia diafragmática traumática, traumatismo múltiple, laparoscopia.

### SUMMARY

Late-presenting traumatic diaphragmatic hernia is rare and most often caused by blunt trauma. It presents diagnostic challenges and controversial surgical management, which may involve thoracoscopic or laparoscopic approaches to close the defect and minimize the impact on the involved structures. This case reports a man diagnosed 15 years after an open trauma, successfully treated laparoscopically without complications, leading to early discharge and favorable recovery. The case supports the laparoscopic approach as an effective alternative for achieving adequate reduction of herniated abdominal contents and hemostatic control, followed by primary closure, depending on the defect size.

**KEYWORDS:** Traumatic Diaphragmatic Hernia, multiple trauma, laparoscopy.

#### Citar como:

Majo JO. Abordaje laparoscópico de hernia diafragmática traumática de presentación tardía. Reporte de caso. Rev Méd Hered. 2025; 36(2): 152-156. DOI: 10.20453/rmh.v36i2.5801

**Recibido:** 18/09/2024

**Aceptado:** 06/03/2025

#### Declaración de financiamiento y de conflictos de intereses:

El reporte fue financiado por el autor, quien declara no tener conflictos de intereses.

#### Correspondencia:

Jaime Oswaldo Majo Meza  
Dirección postal: 15073  
Correo electrónico:  
jaimemajo@upch.pe



Artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

© El autor

© Revista Médica Herediana

## INTRODUCCIÓN

La hernia diafragmática traumática es una lesión poco frecuente que implica un defecto en el diafragma, que condiciona el paso de contenido desde la cavidad abdominal hacia la torácica, a consecuencia de traumatismos graves abiertos o cerrados, propios de accidentes de tránsito o agresiones.

Ocurre en mayor proporción en el sexo masculino afectando principalmente al hemidiafragma izquierdo en 70%, seguido del derecho en 20% y bilateral en 5%<sup>(1)</sup>. Puede estar oculta o pasar inadvertida, siendo en ocasiones de difícil diagnóstico hasta ser identificada como una “presentación tardía” (tiempo después de ocurrido el trauma); conllevando elevada mortalidad (entre 20 y 25%) debido a las complicaciones asociadas.<sup>(2)</sup>

La radiografía de tórax es el examen inicial más frecuentemente utilizado para evaluar los traumatismos toracoabdominales; sin embargo, la tomografía computarizada permite un diagnóstico temprano, con una sensibilidad del 78% en el momento agudo de la lesión diafragmática del lado izquierdo y del 50% en las del lado derecho, con la ventaja de visualizar directamente el defecto diafragmático, el tamaño, la ubicación y el contenido que pudiera haber ingresado de hacia la cavidad torácica<sup>(3)</sup>. La laparoscopia y la toracoscopia representan mejores procedimientos diagnósticos, además de ser empleados como abordajes para su tratamiento<sup>(4)</sup>; por lo cual es importante conocer las alternativas quirúrgicas de manejo cuando abordamos esta patología herniaria poco frecuente.

El objetivo de presentar este caso fue mostrar la utilidad del abordaje laparoscópico en la hernia diafragmática postraumática de presentación tardía.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Varón de 49 años, procedente de Lima, efectivo policial en actividad, con antecedente de trauma toracoabdominal abierto por proyectil de arma de fuego, que fue manejado con colocación de tubo de drenaje pleural; y en quien 15 años después, en un control médico preventivo, se evidenció radiopacidad en la mitad inferior de hemitórax izquierdo en la radiografía de tórax, por lo cual fue derivado al consultorio externo de cirugía general del Hospital Nacional PNP “Luis N. Saenz”.

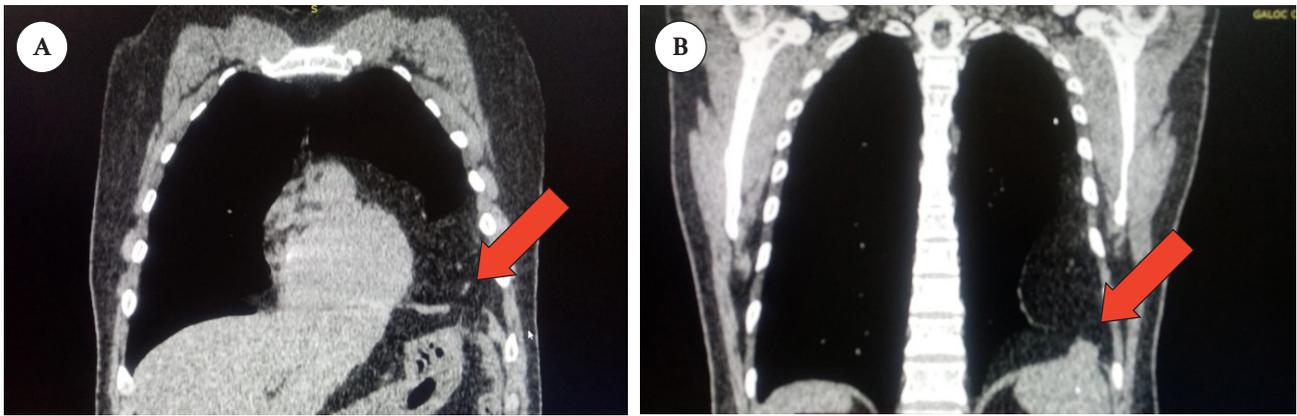
Al examen clínico se encontró PA: 110/70 mm Hg, FC: 78 lat/min, FR: 18 resp/min, T: 36,5°C, SatO<sub>2</sub>: 98%;

tórax simétrico con murmullo vesicular disminuido en el tercio inferior del hemitórax izquierdo. Al ampliar la anamnesis refirió dificultad respiratoria leve al decúbito.

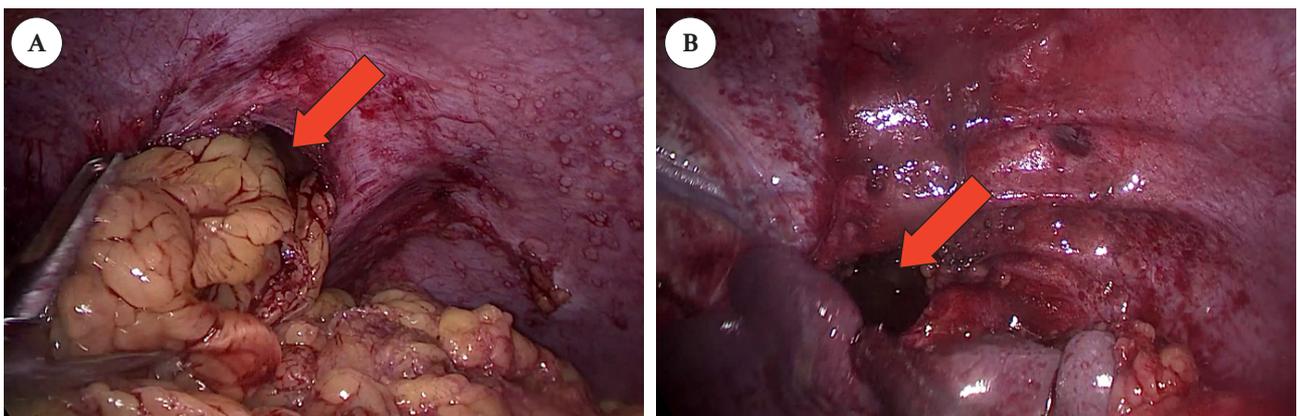
Los exámenes de laboratorio: hemograma completo, glicemia, urea, creatinina, perfil hepático y perfil de coagulación fueron normales; la endoscopia digestiva alta resultó sin alteraciones y en la tomografía abdominopélvica con contraste se observó un defecto del hemidiafragma izquierdo en su parte anterolateral de 33 mm de diámetro mayor, a través del cual protruía grasa mesentérica hacia la cavidad torácica formando un saco herniario de aproximadamente 162x131x71 mm (AP x altura x transverso) (figura 1A). Además, un segundo defecto diafragmático izquierdo en su parte posterolateral de 19 mm de diámetro mayor, a través del cual protruía parcialmente el bazo y la grasa mesentérica, formando un pequeño saco herniario de 18x13x20 mm (AP x altura x transverso) (figura 1B).

Se decidió su intervención vía laparoscópica, previniendo una mejor visualización de la reducción del contenido herniario y control de la hemostasia, con el paciente en posición decúbito supino, piernas separadas, se colocaron 3 trócares a nivel de región umbilical T1 (10 mm), suxifoideo T2 (10 mm) y en flanco izquierdo T3 (5 mm); identificándose los hallazgos (figura 2A y 2B) descritos en la tomografía y procediendo a la disección de los anillos herniarios (anteromedial y posterolateral respectivamente) con uso del bisturí armónico así como a la reducción de los contenidos herniados con movimiento de tracción y contratracción así como su respectivo control de hemostasia. Posteriormente se procedió al cierre de los defectos con puntos laparoscópicos separados (figura 3A) con sutura multifilamentosa no absorbible Poliéster 2/0 tras verificar la reducción total del epiplón de la cavidad torácica, comenzando por el defecto posterolateral (para lo cual se agregó un 4to trocar en flanco derecho) y continuando con el defecto anteromedial. Concomitantemente se realizó la colecistectomía laparoscópica durante la cirugía, previa autorización del paciente. No se colocó drenaje torácico ni abdominal.

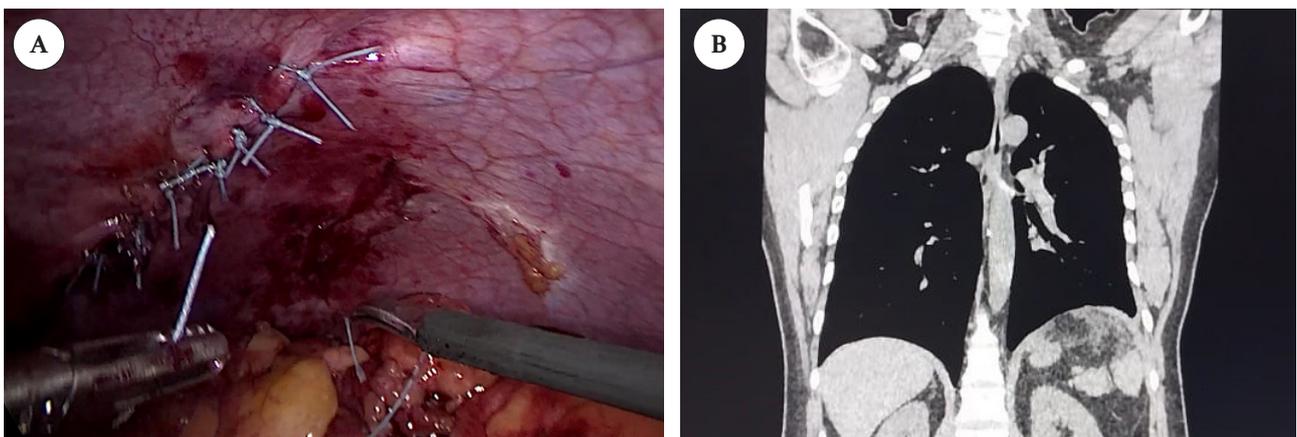
El paciente fue dado de alta al cuarto día postoperatorio con indicación de continuar fisioterapia respiratoria y seguimiento por los servicios de cirugía general y neumología; el control tomográfico a los 6 meses (figura 3B) evidenció éxito quirúrgico.



**Figura 1. A.** Defecto herniario diafragmático izquierdo de posición más anterolateral (flecha roja). **B.** Defecto herniario diafragmático izquierdo de posición más posterolateral.



**Figura 2. A.** Hernia diafragmática con protrusión de grasa mesentérica. **B.** Hernia diafragmática con protrusión de grasa mesentérica y porción del bazo.



**Figura 3. A.** Reparación de hernia diafragmática. **B.** Control tomográfico postquirúrgico a los 6 meses.

## DISCUSIÓN

La hernia diafragmática traumática ocurre principalmente a causa de un trauma cerrado a nivel toracoabdominal (en 0,8-1,6% de las lesiones contusas de abdomen) pudiendo diagnosticarse tras su presentación tardía (meses o años después del trauma)<sup>(5)</sup>;

siendo el caso reportado por Walschmidt y Laws<sup>(6)</sup> uno de los de mayor retraso de reducción y reparación exitosa de una hernia diafragmática de presentación tardía por laparotomía ocurrida 41 años después de una lesión cerrada; mientras que en el caso expuesto la hernia se presenta a causa de una lesión abierta, con

un retraso de reducción y reparación de 15 años que también resultó exitoso, pero en esta ocasión por vía laparoscópica.

En las hernias diafragmáticas de presentación temprana el abordaje transabdominal ofrece ventajas sobre el abordaje torácico por facilitar la reducción de las vísceras intraabdominales herniadas y evita lesiones intraabdominales perdidas <sup>(7)</sup>; mientras en las de presentación tardía la reparación primaria es más difícil porque la presencia de vísceras herniadas se asocia a retracción y atrofia de los órganos por el tiempo transcurrido en el retraso diagnóstico. <sup>(8)</sup>

La reparación de una lesión diafragmática aguda se logra mejor a través de exploración abdominal, mientras que las diagnosticadas tardíamente son más seguras de tratar y reparar por vía torácica <sup>(8)</sup>; sin embargo, en el caso reportado el abordaje toracoscópico limitaba la posibilidad de verificar una adecuada hemostasia o alguna lesión tras la reducción del epiplón y parte del bazo herniado, por lo cual se optó por la vía abdominal.

La laparoscopia está indicada como procedimiento semi electiva en pacientes estables y seleccionados por ser útil en identificación y reparación de las lesiones del diafragma y las lesiones abdominales asociadas <sup>(9)</sup>, por lo cual se consideró útil el abordaje abdominal a pesar de las adherencias posibles de encontrar debido a la cronicidad de los elementos herniados hacia la cavidad torácica que lo limitarían, pero que finalmente resultó más factible de emplear por la mejor visión ofrecida del contenido herniado intraabdominal por la laparoscopia.

La corrección de las lesiones diafragmáticas requiere de sutura no absorbible <sup>(9)</sup>, como el polipropileno; donde aquellas menores a 5 cm se reparan con punto colchonero vertical aproximadamente a 1 cm de los bordes con eversión del músculo; las mayores de 5 cm se reparan con un punto *surget* cruzado y aquellas con un área de defecto mayor de 20 cm<sup>2</sup> requerirán de una malla protésica para reforzar la sutura del defecto, que combinen polipropileno con materiales lentamente absorbibles que propicien el crecimiento de células epiteliales peritoneales sobre la malla, evitando adherencias intestinales y posible formación de fístulas <sup>(10)</sup>. En esta situación frente al área considerable de uno de los defectos herniarios no se requirió malla, bastando con un buen frente con puntos simples con sutura no absorbible de Prolene TM para el cierre de la lesión.

La mayoría de los abordajes de lesiones a nivel del diafragma izquierdo sugieren una posición en decúbito lateral izquierdo como en una esplenectomía <sup>(11)</sup> pero en el caso resultó el decúbito supino del paciente con brazos extendidos en Trendelenburg inverso, con cámara óptica de 10 mm en el ombligo y asistencia visual por 3 puertos restantes de 5 mm como en una cirugía esofagagástrica.

Tras el éxito quirúrgico, el seguimiento postoperatorio del paciente requiere de fisioterapia respiratoria temprana, así como una tomografía torácica control a los 6 y 12 meses además de espirometría control <sup>(11)</sup>.

En este caso se pudo evidenciar que a pesar que la literatura apoya el abordaje toracoscópico para la corrección de las hernias de presentación tardía, el abordaje laparoscópico es una buena alternativa para verificar una adecuada reducción del contenido abdominal herniado y el control de la hemostasia seguido del cierre primario en función del tamaño del defecto, de modo que su uso no se debería restringir únicamente a las hernias de presentación temprana sino que el cirujano debe valorar el uso de la vía transabdominal en base a las condiciones de la patología del paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Heras Gómez F, Ramos AC, Bellino ML, Beatriz C, Rico G, María Á, et al. Traumatic Diaphragmatic Hernia. *An Real Acad Med Cir Vall.* 2013; 50:55-69.
2. Gómez G, Fibla J, Farina C. et al. Lesión diafragmática traumática. Revisión de 8 casos. *Arch Bronconeumol* 2002;38(9):455-7.
3. Barker-Antonio A, Carmona-Pavón ML, García-Manzano RA, Dávila-Ruiz EO, Escamilla-Orzuna K, Isidoro-Hernández D. Tratamiento de hernia diafragmática traumática. Presentación de caso. *Rev Mex Cir Torac Gen.* 2020;1(3):95-100. doi:10.35366/101478.
4. Olivera Fajardo D, Estepa Pérez JL, Pedraza TS, Carillo Pérez M. Hernia diafragmática traumática. Presentación de un caso. *Medisur* 2015;13(6):807-811.
5. Kaeley N, Vempalli N, Konda S, Bhardwaj BB, Kumar S. Post-traumatic diaphragmatic hernia: Diagnostic dilemma in primary care. *J Family Med Prim Care* 2020;9(5):2555-2557. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc\_160\_20.
6. Waldschmidt ML, Laws HL. Injuries of the diaphragm. *J Trauma* 1980; 20:587- 592.
7. Obaid O, Hammad A, Bible L, Ditillo M, Castanon L, Douglas M, et al. Open Versus Laparoscopic

- Repair of Traumatic Diaphragmatic Injury: A Nationwide Propensity-Matched Analysis. *J Surg Res.* 2021; -12; 268:452-458. doi:10.1016/j.jss.2021.07.022.
8. Petrone P, Asensio JA, Marini CP. Diaphragmatic injuries and post-traumatic diaphragmatic hernias. *Curr Probl Surg.* 2017 Jan; 54(1):11-32. doi: 10.1067/j.cpsurg.2016.11.001.
  9. Frazzetta G, Lanaia A, Luppi D, Bonilauri S. Emergency laparoscopic surgery for post-traumatic incarcerated diaphragmatic hernia: Defect closure and intraperitoneal mesh manual fixation. *Asian J. Surg.* 2020;43(8):864-865. doi: 10.1016/j.asjsur.2020.05.003.
  10. Beltrán M. Presentación tardía de hernia diafragmática traumática con necrosis gástrica: revisión de la literatura científica. *rev. colomb. cir.* 2013; 28 (1): 49-53. doi: 10.30944/20117582.261.
  11. Gielis M, Bruera N, Pinsak A. et al Laparoscopic repair of acute traumatic diaphragmatic hernia with mesh reinforcement: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2022. Apr 106910. doi: 10.1016/j.ijscr.2022.106910.