

HERNIA DIAFRAGMATICA TRAUMATICA Y FISTULA GASTROPLEUROBRONQUIAL. A PROPOSITO DE UN CASO

D. NAUFFAL MANZUR, M. PERPIÑA TORDERA, E.
BENLLOCH GARCIA y V. MARCO MARTINEZ

Servicio de Neumología. Departamento de Medicina Interna.
Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social «La Fe». Valencia

Introducción

Dado el gran número de accidentes de automóvil se ha observado en los últimos años un aumento de la incidencia de hernias diafragmáticas traumáticas¹⁻⁴, que representan aproximadamente el 5 % de hernias a través del diafragma^{5,6}. La presencia de fistula gastropleurobronquial como complicación de estas lesiones es un hecho infrecuente, siendo ello el motivo de presentación de este caso.

Caso clínico

Varón de 70 años que ingresó en nuestro centro por presentar súbitamente hemoptisis y melenas de grado moderado. Auxiliar técnico sanitario de profesión y fumador de 20 cigarrillos al día. Entre sus antecedentes destacaba el haber sufrido cinco años antes una caída de siete metros de altura, iniciando a los pocos días dolor de características pleuríticas en hemitórax izquierdo, siendo por ello ingresado en un centro hospitalario donde se le practicó una laparotomía y se le colocó un drenaje intratorácico. Breve tiempo después por presentar nuevamente dolor torácico, fue toracotomizado y se le resecaron dos costillas (no pudo lograrse más información al respecto). Desde aquel momento tenía tos y expectoración habitual que era purulenta o bien de aspecto alimentario, y también disnea al esfuerzo, síntomas que se agudizaban tras la ingestión de alimentos especialmente en posición de decúbito.

En la exploración física se evidenciaba una gran afectación del estado general, palidez de piel y mucosas, dificultad respiratoria, disminución del murmullo vesicular en el hemitórax izquierdo y taquicardia rítmica a 110 por minuto.

En la analítica practicada destacaban un hematocrito del 37 %, sideremia de 37 gammas, transferrinemia de 212 gammas con un índice de saturación del 15 %, 14.300 leucocitos y VSG de 120 mm a la primera hora.

Recibido el día 6 de octubre de 1980.

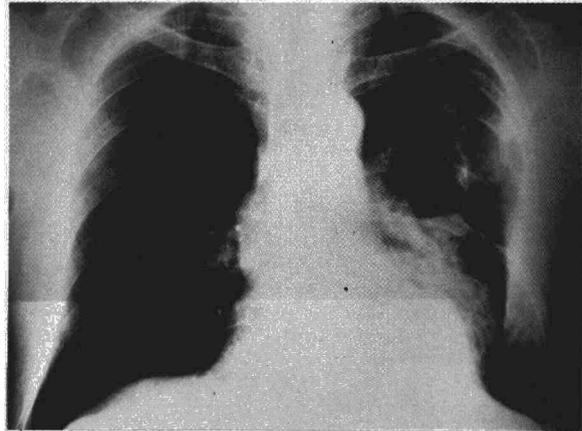


Fig. 1. Radiografía posteroanterior de tórax en la que se observan las dos cavidades en el hemitórax izquierdo y el nivel retrocardíaco.

En la radiografía posteroanterior de tórax se observaba una cavidad de cinco cm en la zona media del hemitórax izquierdo, otra de tres cm por debajo de la anterior, un nivel retrocardíaco y ausencia parcial de los arcos posteriores de las costillas quinta y sexta (fig. 1). En la proyección lateral (fig. 2), la cavidad mayor tenía características de cámara pleural y la situación y características de las restantes hizo pensar en la posibilidad de que se tratara de una hernia diafragmática; asimismo la historia de expectoración alimentaria sugería la existencia de una fistula comunicando el contenido abdominal herniado al árbol bronquial.

La broncoscopia mostró una secreción con aspecto de jugo gástrico que fluía de los bronquios subsegmentarios del lóbulo inferior izquierdo.

En el estudio gastroduodenal se vio que parte del estómago se hallaba en el hemitórax izquierdo y que había comunicación entre estómago, cámara pleural y bronquios subsegmentarios del lóbulo inferior izquierdo (fig. 3).

Cuando mejoró el estado general del paciente, se le planteó la posibilidad de intervención, a lo que el enfermo se

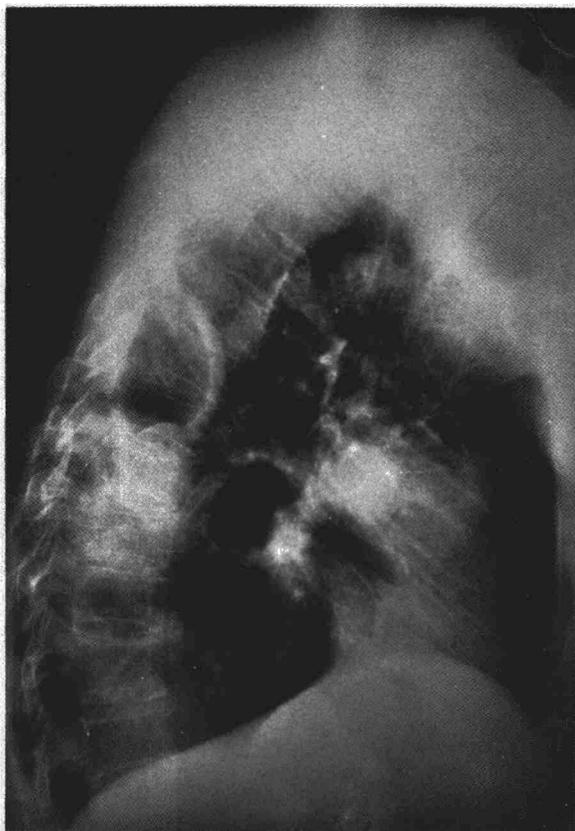


Fig. 2. Radiografía lateral de tórax en la que se observa la cámara pleural superior; la situación de las restantes sugiere el diagnóstico de hernia diafragmática.

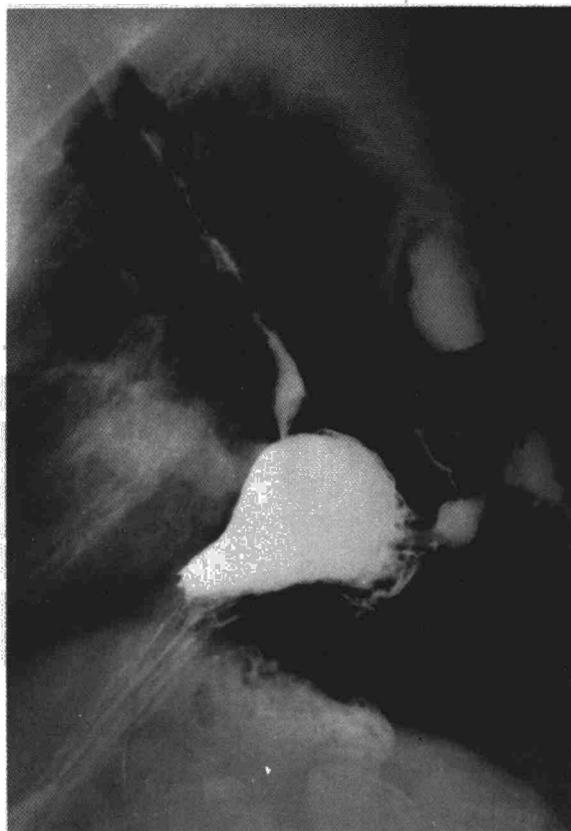


Fig. 3. Estudio gastroduodenal en el que se aprecia la comunicación entre estómago, pleura y bronquios.

negó, siendo dado de alta días más tarde, recomendándosele medidas posturales sobre todo en el postprandio. Un mes después fue reingresado por presentar de nuevo hemoptisis y melenas que en esta ocasión produjeron un descenso del hematocrito hasta el 22 % por lo que hubo que intervenirle de urgencia; la evolución fue tórpida, y siendo necesaria una reintervención, falleció a los 20 días del segundo ingreso.

Discusión

Los mecanismos por los que se produce la ruptura del diafragma son, bien directos, por lesión penetrante en tórax o abdomen, o bien indirectos por golpes o aplastamiento del tórax⁷. Las causas más frecuentes son los accidentes de automóvil y las caídas desde cierta altura, con menor frecuencia las grandes hiperemesis gravídicas, reparación de la hernia de hiato según técnica de Allison, la necrosis del diafragma por absceso subfrénico y la colocación de drenajes intratorácicos^{2,8}; de una serie de 93 hernias 13 se debían a armas de fuego⁹. El grado de laceración de las hernias traumáticas depende de la fuerza del trauma, de la postura del cuerpo, de la fase de la respiración y del contenido gástrico en el momento de la lesión¹⁰. El aumento de la presión intrabdominal juega un papel importante en la génesis de este tipo de hernias^{10,11}.

En el 90-98 % de casos el diafragma afecto es el izquierdo¹², debido a que el hígado protege al derecho suavizando la fuerza del trauma y evitando la laceración, siendo las porciones central y posterior las lesionadas con mayor frecuencia. El contenido herniario depende del tamaño y localización de la ruptura¹² y puede incluir omentum, intestino, bazo, riñón y páncreas. Es característica la ausencia de saco peritoneal y raramente se afecta el saco pericárdico. En los casos de afectación del diafragma derecho, se puede producir la herniación del hígado¹².

De las complicaciones hay que señalar el empiema⁸, el hemotórax por estrangulación del contenido herniario, siendo de destacar que el 90 % de las hernias diafragmáticas que se estrangulan son de origen traumático⁶, la fístula broncopancreática secundaria a pancreatitis agudas¹³ y la fístula gastrobronquial. Hemos encontrado descritos hasta la actualidad 47 casos de fístula gastrobronquial, ocho de las cuales son gastropleurobronquiales y una de ellas con apertura a piel¹⁴⁻²⁶. Las causas más frecuentes de su producción son: la úlcera y el cáncer gástrico, el quiste hidatídico pulmonar, el absceso subfrénico y las hernias diafragmáticas traumáticas y no traumáticas. Las gastropleurobron-

quiales en concreto pueden deberse a la estrangulación de una hernia diafragmática traumática, al drenaje de un derrame pleural o a una herida que afecte simultáneamente estómago, diafragma y pleura; a menudo es difícil precisar la importancia de cada uno de estos factores en la producción de la fistula¹⁴. En nuestro caso, a pesar de la escasa información que poseíamos, consideramos que la hernia se produjo en el momento del traumatismo y que la fistula fue secundaria a la colocación del drenaje intratorácico. Según Lortat-Jacob¹⁴ se distinguen tres tipos de fistulas: a) gastropleural, en la que el estómago herniado está abierto a pleura sin haber afectación bronquial; b) gastrobronquial que puede ser directa, sin participación pleural o bien tratarse de una gastropleural abierta a un bronquio y c) gastrobronquial directa asociada a bronquiectasias.

El diagnóstico es en ocasiones difícil, especialmente si no se valora la historia de expectoración alimentaria; la asociación de hemoptisis y melenas obliga a pensar que existe afectación gástrica y bronquial simultáneamente. El diagnóstico de certeza se basa en el estudio radiológico gastrointestinal, pudiendo ser también de utilidad los métodos endoscópicos.

El tratamiento de elección es el quirúrgico, siempre que no haya lesión que lo contraindique, y ha de llevarse a cabo con urgencia. Su objetivo es el cierre del orificio del diafragma, la sutura del estómago y la reposición de las vísceras herniadas. Es preferible el abordaje por vía transtorácica; Lortat-Jacob ha obtenido excelentes resultados en el 88 % de sus casos por esta vía. Con el transcurso del tiempo la reducción de las vísceras es cada vez más difícil; el fracaso de la intervención en nuestro caso es atribuible en parte a ello y en parte a la gran friabilidad de los tejidos objetivada en el acto quirúrgico.

Resumen

Se presenta un caso de fistula gastropleurobronquial secundaria a la colocación de un drenaje intratorácico en un paciente con derrame pleural y hernia diafragmática traumática. Los síntomas que presentaba eran expectoración alimentaria, hemoptisis y melenas. El diagnóstico se confirmó por el estudio radiológico. Se hace una revisión del tema encontrando descritos hasta la actualidad 47 casos de fistula gastrobronquial, de las que ocho son gastropleurobronquiales. Se resalta que el diagnóstico de certeza se basa en el estudio radiológico y que el tratamiento es quirúrgico, con buenos resultados en gran parte de casos; se comenta a continuación los factores que contribuyeron al fracaso de la intervención en nuestro caso.

Summary

DIAPHRAGMATIC HERNIA BY WOUND AND GASTROPLEUROBRONCHEAL FISTULA. OBSERVATIONS BASED ON ONE CASE

The authors present the case of a gastropleurobronchial fistula secondary to placing intrathoracic drainage for a patient with pleural effusion and diaphragmatic hernia by wound. The symptoms the patient presented were food expectoration, hemoptysis and melena. The diagnosis was confirmed by radiologic study. The authors reviewed this topic and found 47 cases of gastrobronchial fistulae described up to now, of which eight were gastropleurobronchial. The authors emphasize the fact that definitive diagnosis is based on radiologic study and that treatment is surgical, with good results for a large part of the cases. Finally, the authors comment on the factors that contributed to the failure of the intervention for their case.

BIBLIOGRAFIA

1. BUGDEN, W. F., CHU, P. T. y DELMONICO, J. E.: Traumatic diaphragmatic hernia. *Ann. Surg.*, 142: 851, 1955.
2. DESFORGES, G., STRIEDER, J. W., LYNCH, J. P. y MADOFF, L.: Traumatic rupture of the diaphragm. *J. Thorac. Surg.*, 34: 779, 1957.
3. HUGHES, F., KAY, E. B., MEADE, R. H., HUDSON, T. R. y JOHNSON, J.: Traumatic diaphragmatic hernia. *J. Thorac. Surg.*, 17: 99, 1948.
4. SCHNEIDER, C. F.: Traumatic diaphragmatic hernia. *Am. J. Surg.*, 90: 986, 1955.
5. MARCHAND, P.: Traumatic hiatus hernia. *Br. Med. J.*, 1: 754, 1962.
6. WIOT, J. F.: The radiologic manifestation of blunt chest trauma. *JAMA*, 231: 500, 1955.
7. EBERT, P. A., GAERTNER, R. A. y ZUIDEMA, G. D.: Traumatic diaphragmatic hernia. *Surg. Gyn. Obst.*, 59: 125, 1967.
8. LUASTELA, E. y TALA, P.: Traumatic diaphragmatic hernia. *Ann. Chir. Gyn. Fenn.*, 87 (suppl): 1, 1959.
9. HALONEN, P., PERASALO, O. y VIIKARI, S. J.: Diaphragmatic hernia and eventration. *Ann. Chir. Gyn. Fenn.*, 4 (suppl): 41, 1952.
10. RUTZ, A.: Traumatische Zwerchfellbrüche. *Arch. Klin. Chir.*, 130: 321, 1934.
11. EVANS, C. J. y SIMPSON, J. A.: Fifty seven cases of diaphragmatic hernia and eventration. *Thorax*, 5: 343, 1950.
12. FRASER, R. G. y PARE, A. P.: Diagnosis of diseases of the chest, 1599. WB. Saunders Company, Filadelfia, 1979.
13. COX, C. L., ANDERSON, J. N. y GUEST, J. L.: Bronchopneumonic fistula following traumatic rupture of the diaphragm. *JAMA*, 237: 1461, 1977.
14. LORTAT-JACOB, J. L. y ROBERT, M.: Les fistules gastropleurobronchiques et gastrobronchiques. *J. Chir.*, 72: 623-642, 1956.
15. CHARTIER, P.: Gastropleurobronchiocutaneous fistula. *Chirurgie*, 96: 841, 1970.
16. HATHIRAT, S. y RENZETTI, A. D.: Gastrobronchial fistula complicating subphrenic abscess. *Am. Rev. Resp. Dis.*, 99: 581, 1969.
17. GIMES VON, B.: Gastrobronchiale fistel. *Fortsch. Roentgenst.*, 112: 275, 1970.

18. URIZZA, J. L. y RAMIREZ GAMA, J.: Fístula gastrobronquial consecutiva a hernia diafragmática no traumática. *Rev. Tub. Ap. Resp.*, 15: 208, 1954.
19. SEYFARTH, K. A.: Gastrobronchial fistula after traumatic rupture of the diaphragm. *Fortsch. Roentgest*, 91: 408, 1959.
20. MORON, K.: A case of gastrobronchial fistula. *Radiologe*, 9: 85, 1969.
21. MILNE, R. M.: A case of gastrobronchial fistula. *Br. J. Surg.*, 57: 632, 1970.
22. GONDOS, M.: Gastrobronchial fistula. *Med. Ann. Dc.*, 40: 649, 1971.
23. HITCHCOCK, F.: Gastrobronchial fistula. *S. Afr. Med. J.*, 51: 515, 1977.
24. DUBOST, J.: Fistule gastrobronchique. *Chirurgie*, 102: 954, 1976.
25. MISSEN, A. J.: Gastrobronchial fistula. *Postgrad. Med.*, 50: 504, 1974.
26. JACKIEWICZ, Z.: Gastrobronchial fistula complicating stomach ulcer. *Pol. Tyg. Lek.*, 24: 1975, 1969.