

# Hernia diafragmática derecha anterior no traumática, un caso inusual de obstrucción intestinal

Joaquín Vergara Sánchez<sup>1</sup>, Valentín Garat<sup>2</sup>, Hoffmann Boyle<sup>3</sup>

Hospital Cuenca Alta, Cañuelas, Buenos Aires, Argentina

<sup>1</sup> Residente de Urología

<sup>2</sup> Jefe de Residentes de Cirugía General

<sup>3</sup> Cirujano General

## RESUMEN

Se presenta el caso poco frecuente de una mujer de 97 años con una hernia diafragmática sin antecedentes de trauma, que debutó como un abdomen agudo oclusivo. La tomografía computada mostró una hernia diafragmática derecha anterior que comprometía el colon transverso. Fue tratada quirúrgicamente con reducción del contenido herniado, cierre primario y colostomía en asa. Este caso destaca la rareza de las hernias diafragmáticas derechas anteriores sin causa subyacente (menos del 1% de las hernias diafragmáticas), la importancia de sospecharlas ante síntomas inespecíficos, el rol fundamental del diagnóstico por imágenes para su detección temprana y la eficacia del tratamiento quirúrgico oportuno para reducir morbilidad y mortalidad.

**Palabras clave:** hernia diafragmática derecha anterior, abdomen agudo oclusivo, hernia diafragmática no traumática

## ABSTRACT

We present a rare case of a 97-year-old woman with a right anterior diaphragmatic hernia. She has no history of trauma and presented with an acute occlusive abdomen. The CT scan showed a right anterior diaphragmatic hernia involving the transverse colon. She underwent a surgical procedure to reduce the herniated contents, close the diaphragmatic defect, and create a loop colostomy. This case demonstrates the rarity of right anterior diaphragmatic hernias without an underlying cause (less than 1% of diaphragmatic hernias), the importance of suspecting them in the presence of nonspecific symptoms, the fundamental role of diagnostic imaging in their early detection, and the effectiveness of timely surgical treatment in reducing morbidity and mortality.

**Keywords:** Right anterior diaphragmatic hernia; Acute occlusive abdomen; Non-traumatic diaphragmatic hernia

## INTRODUCCIÓN

La hernia diafragmática espontánea (HDE) es la herniación del contenido abdominal hacia el tórax a través de un desgarramiento o debilidad del diafragma. Puede ser adquirida o más frecuentemente congénita. La HDE se presenta principalmente en adultos, secundaria a traumatismos, en el 75% de los casos cerrados.<sup>1</sup> Es 4 veces más frecuente en varones y posee una predisposición por el lado izquierdo, en parte debido a la protección que ofrece el hígado y a que los defectos de fusión embrionaria ocurren más comúnmente del lado izquierdo.<sup>2</sup> La HDE no traumática es extremadamente infrecuente, sobre todo cuando ocurre del lado derecho.

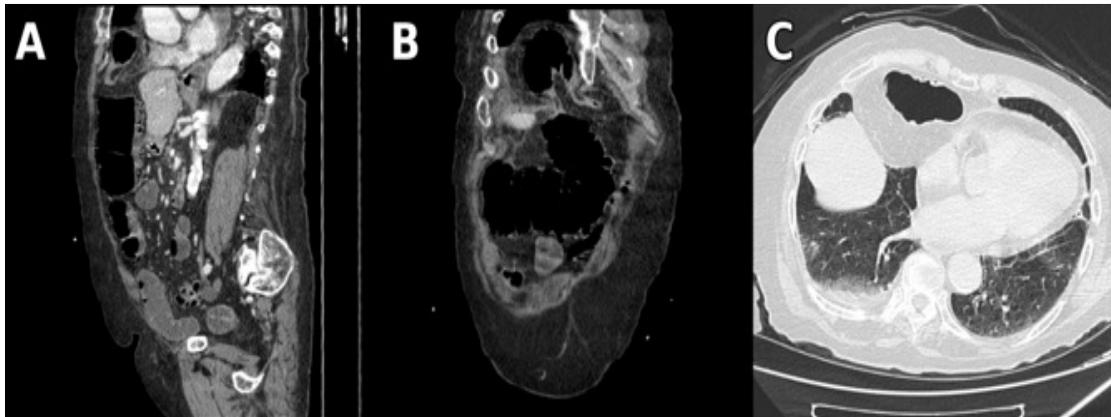
Presentamos el caso de una mujer de 97 años con una HDE derecha anterior sin antecedente de trauma o cirugía que se presentó como un abdomen agudo oclusivo.

## CASO

Una paciente de 97 años de edad, con antecedente de hipotiroidismo e hipertensión arterial, ingresa al servicio de emergencias por cuadro clínico de 6 días de evolución caracterizado por dolor abdominal generalizado de intensidad 7/10, distensión abdominal y ausencia de deposiciones, asociado a 4 vómitos porráceos en las últimas 24 h. Al ingreso presenta una frecuencia cardíaca de 108 latidos/minuto, una frecuencia respiratoria de 18 respiraciones/minuto, tensión arterial de 125/72 mm de Hg, temperatura axilar de 36,2°C y saturación de oxígeno mayor al 96%. Al examen físico se evidencia un abdomen distendido, timpánico, ruidos hidroaéreos escasos, con defensa y reacción peritoneal de predominio en fosa ilíaca derecha. El análisis de laboratorio manifestó leucocitosis de 16.300/mm<sup>3</sup>, creatinina de 2,28 mg/dL, urea 72 mg/dL.

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés. Joaquín Vergara: [jev826@gmail.com](mailto:jevs826@gmail.com)  
Recibido: 31-07-2025. Aprobado: 06-08-2025.

Joaquín Vergara: <https://orcid.org/0000-0001-6272-5312>; Boyle Hoffmann: <https://orcid.org/0009-0007-2432-1457>; Valentín Garat: <https://orcid.org/0009-0006-5167-3944>



**Figura 1.** Tomografía computada de tórax y abdomen. **A.** Corte sagital. Se observa un asa colónica que asciende a la cavidad torácica, en el mediastino anterior. (círculo blanco). **B.** Corte coronal. Se observa el defecto diafragmático a través del cual asciende un asa colónica (flecha blanca). **C.** Corte axial, ventana pulmonar. Se aprecia un asa colónica a nivel torácico en región anterior del mediastino. (flecha).

Al ingreso se solicita tomografía computada de abdomen y pelvis con contraste endovenoso que reporta una hernia diafragmática derecha anterior, con saco de aproximadamente 8 cm de diámetro y anillo de aproximadamente 3 cm con contenido del tercio medio de colon transverso, condicionando hacia proximal distensión de colon derecho, asas de intestino delgado y estómago (Fig. 1), por lo que se decide conducta quirúrgica de urgencia. Se realiza laparotomía exploratoria con hallazgo de hernia diafragmática derecha anterior con contenido colónico, la que se reduce hacia cavidad peritoneal evidenciando el defecto diafragmático (Fig. 2). Se realizó cierre primario con material no absorbible. Además, se confecciona colostomía transversa en asa sobre varilla por franca distensión cecal y enfermedad diverticular avanzada del colon sigmoides. La paciente cursa internación con adecuada evolución postoperatoria y posterior egreso sin complicaciones asociadas.

## DISCUSIÓN

Este es un caso poco frecuente de HDE causada por un defecto en el pilar derecho del diafragma, que provocó la protrusión del colon transverso, sin antecedentes de traumatismo cerrado, lesión penetrante o cirugía. Las HDE sin causa subyacente son poco frecuentes, con menos de 30 casos publicados entre 1956 y 2009, representando menos del 1% de todas las HDE.<sup>2,3</sup>

Los dos tipos de HDE idiopáticas reportados en la literatura son la tipo 1, con una pared torácica intacta y la tipo 2, con el paso del contenido abdominal a través del diafragma y la pared torácica.<sup>2</sup> Los principales factores predisponentes de estas hernias idiopáticas incluyen tos persistente, vómitos o estreñimiento crónico y severo.<sup>2</sup> Según la literatura, el defecto se presenta con mayor frecuencia en el



**Figura 2.** Hernia diafragmática anterior, vista intraoperatoria.

pilar izquierdo del diafragma (hasta el 65%), mientras que el derecho tiene menos probabilidades de estar involucrado debido al soporte mecánico del hígado.<sup>4</sup>

Las hernias causadas por cualquier defecto en el lado derecho del músculo se asocian con un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad. Los síntomas típicos incluyen náuseas, vómitos, dificultad para respirar, dolor y malestar toracoabdominal.<sup>3</sup>

El diagnóstico se realiza mediante tomografía axial computarizada, con una especificidad de aproximadamente el 80% y una sensibilidad del 50% para la HDE derecha y del 78% para la izquierda, como lo demostraron Lodhia et al.<sup>4</sup>

El presente caso es notable, ya que los defectos del lado derecho son inusuales y la manifestación clínica heterogénea representó un desafío diagnóstico. El diagnóstico oportuno es necesario, ya que de ser tardío puede conllevar un mayor riesgo de mortalidad por insuficiencia respiratoria debida al aumento de la presión intratorácica, o isquemia digestiva/perforación por reducción del flujo sanguíneo a los órganos involucrados.<sup>1</sup>

La corrección quirúrgica del defecto se considera una cura permanente y generalmente se realiza mediante un abordaje abdominal con cierre primario del defecto. En casos crónicos con diagnóstico tardío, se adopta el abordaje torácico para evitar complicaciones que incluyen perforación visceral y adherencias. En nuestra paciente, el defecto estaba asociado con signos de obstrucción visceral, por lo que adoptamos el abordaje abdominal y reparamos el defecto con cierre primario utilizando suturas no absorbibles. La enfermedad diverticular avanzada asociada y la edad de la paciente motivaron la realización de una colostomía en asa proximal al sitio herniado para evitar complicaciones postoperatorias. En general, la corrección quirúrgica tiene resultado favorable, con una tasa muy baja de recurrencia.<sup>5</sup>

## CONCLUSIÓN

La hernia diafragmática espontánea por un defecto que afecta el pilar derecho del diafragma, en ausencia de antecedentes de traumatismo o cirugía, es un hallazgo muy poco frecuente. Su diagnóstico, basado en una adecuada sospecha clínica y el uso de estudios por imágenes, debe ser oportuno ya que un tratamiento tardío o un abordaje inadecuado se asocian con mayor morbimortalidad. La corrección quirúrgica temprana es eficaz y segura con bajas tasas de recurrencia.

## REFERENCIAS

1. Thompson M, Wills S, Byard RW. Forensic Features of Lethal Late-Presenting Diaphragmatic Hernias. *J Forensic Sci.* 2016;61(5):1261-65.
2. Divisi D, Imbriglio G, De Vico A, Crisci R. Right diaphragm spontaneous rupture: A surgical approach. *Scientific WorldJournal.* 2011;11:1036-40.
3. Carreño Sáenz O, Montilla Navarro E, Aguilar Martí M, Bonafé Diana S, Carbonell Tatay F. Traumatic intercostal hernias with preservation of diaphragm: Case report. *Rev Hispanoam Hernia.* 2013;1(3):105-7.
4. Lodhia JV, Appiah S, Tchervenjakov P, Krysiak P. Diaphragmatic hernia masquerading as a pulmonary metastasis. *Ann R Coll Surg Engl.* 2015;97(2):e27-9.
5. Katukuri GR, Madireddi J, Agarwal S, Kareem H, Devasia T. Delayed diagnosis of left-sided diaphragmatic hernia in an elderly adult with no history of trauma. *J Clin Diagn Res.* 2016;10(4):PD04-5.