

**HOSPITAL GENERAL PROVINCIAL DOCENTE
"ROBERTO RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ"
MORÓN**

**Hernia diafragmática congénita. Reporte de un caso.
Congenital diaphragmatic hernia. A case review.**

Marino Ruiz de la Paz (1), Osmany Rodríguez (2), Luis González Dalmau (3)
Leonardo L Perera Rodríguez (4).

RESUMEN

La hernia diafragmática constituye un problema infrecuente para el cirujano, y se necesita un alto índice de sospecha para su diagnóstico. Los estudios imagenológicos son la base para su diagnóstico por lo que se demuestra la presencia de las vísceras en situación intra torácica. En nuestro trabajo se presenta un lactante de 11 meses de edad con una hernia diafragmática congénita que ingresó en el Servicio de Pediatría del Hospital General Provincial Docente de Morón. Se revisa la literatura médica.

Palabras clave: HERNIA DIAFRAGMATICA, LACTANTES.

- 1-Especialista de Segundo Grado en Pediatría y Medicina Intensiva y Emergencias.
Profesor instructor.
- 2-Especialista de Primer Grado en Neonatología
- 3-Especialista de Primer Grado e Cirugía Pediátrica.
- 4-Especialista de Primer grado en Cirugía General.

INTRODUCCIÓN

La herniación del contenido abdominal dentro de la cavidad torácica es consecuencia de un defecto congénito o traumático del diafragma. El trastorno puede localizarse en el hiato esofágico (hernia hiatal), cerca de este (hernia pa-raesofágica), en el espacio retroesternal (hernia de Morgagni), o posterolateral (Bochdalek). Estas lesiones suelen presentarse con dificultad respiratoria profunda en el periodo neonatal. La incidencia de hernia diafragmática congénita varía desde 1 x 5000 nacidos vivos hasta 1 x 2000 nacidos, si se incluyen los recién nacidos muertos. El defecto es más frecuente en el lado izquierdo (70- 85

%) y a veces resultan bilateral (5%). Se han detectado anomalías asociadas verdaderas en un 20- 30 %, entre ellas lesiones en el sistema nervioso central, atresia esofágica, onfalocele, lesiones cardiovasculares y otros síndromes co-nocidos. El diagnóstico ecográfico en vida prenatal es bastante frecuente, pero en general la radiografía de tórax revela el diagnóstico (1). Los niños mayores con síntomas atípicos suelen precisar estudios de contraste del tracto gastro-intestinal. La ecografía y la radioscopia ayudan a diferenciar la eventración de la hernia verdadera (2). Considerando la hernia diafragmática como una entidad poco frecuente en la infancia, que requiere de un diagnóstico precoz y un tratamiento inmediato por la elevada mortalidad que implica, presentamos un caso de un lactante de 11 meses de edad portador de una hernia diafragmática congénita que ingresó en el Servicio de Pediatría del Hospital General Provincial Docente de Morón.

REPORTE DEL CASO.

Paciente de 11 meses, masculino, blan-co, con antecedentes de nacer producto de un embarazo de riesgo por hiper-tensión y edema en el tercer trimestre de la gestación; parto inducido, a término (42 semanas), liquido amniótico claro; Apgar 9/ 9; peso al nacer 3450 g. Recibió lactancia natural hasta los 4 meses. Esquema nacional de inmu-nizaciones actualizados hasta la fecha. Es hospitalizado en el servicio de pediatría cuando tenía 9 meses de edad por tratarse de un lactante con escaso medro, rechazo de los alimentos y vómitos. Cuando tenía 10 meses y 20 días comenzó con manifestaciones cata-rrales dados por tos húmeda, dificultad respiratoria y fiebre. Se realiza una radiografía de tórax y se observa ele-vación del hemidiafragma izquierdo y la cámara gástrica, por lo que se decidió su ingreso con la sospecha diagnóstica de hernia diafragmática.

Al examen clínico se pudo constatar: Niño con escaso medro.

Mucosas húmedas e hipocoloreadas.

Ligero retardo del desarrollo motor.

Piel sana y ligera palidez.

Tórax de pichón. Murmullo vesicular prácticamente abolido en hemitórax izquierdo. Auscultamos ruidos respi-ratorios transmitidos. Tiraje intercostales y subcostal discreto. Respiración rápida y superficial. Frecuencia respiratoria 48 rpm. Tonos cardiacos rítmicos y norma-les. No soplos, pulsos rítmicos y fuertes. Relleno capilar rápido. Frecuencia car-díaca 123 lpm. Tensión arterial 80 / 50 mm de Hg.

Abdomen excavado, suave, no disten-dido, no visceromegalia, ruidos intesti-nales normales.

Genitales externos normales.

Exámenes complementarios:

Hemoglobina: 90 g/ L

Hematocrito: 0,30 L

Leucocitos: $9,6 \times 10^9$ / L

 Polimorfonucleares: 0,50

 Linfocitos: 0,48

 Eosinófilos: 0,02

Eritrosedimentación: 25 mm/h

Conteo de reticulocitos: 5×10^{-3}

Lámina periférica: hipocromía xx

 anisocitosis x

 poiquilocitosis x

Glicemia: 3,5 mmol/ L

Estudios imagenológicos:

Radiografía de tórax antero- posterior: Ligero engrosamiento del hilio derecho. Elevación del hemidiafragma izquierdo hasta el nivel del sexto espacio inter.-costal izquierdo.

Radiografía contrastada de esófago, es-tómago y duodeno: Se observa cámara gástrica dilatada que ocupa el tercio in-ferior del hemitórax izquierdo.

Ecografía torácica: Imagen que corres-ponde con estómago en el tercio infe-rior del hemitórax izquierdo y región axilar izquierda.

DISCUSIÓN

Muchos casos de hernia diafragmática

se detectan mediante ecografía prenatal. La mayoría de los lactantes con esta enfermedad experimentan dificultad respiratoria grave en las primeras horas de vida. Un número reducido de casos se manifiestan después del periodo neonatal. Si la presentación se produce tardíamente, el niño puede manifestar vómitos por la oclusión intestinal o bien síntomas

respiratorios leves (3,4). En nuestro caso los síntomas fueron de aparición tardía y predominaron los vómitos, el rechazo a los alimentos y la falta de medro; los síntomas respiratorios solo se evidenciaron cuando se asoció un proceso infeccioso respiratorio, que fue de ligera cuantía, lo que coincide con los hallazgos encontrados por otros autores en la literatura consultada (5,6). El defecto es más frecuente en el lado izquierdo. En el caso que se presenta el defecto es en el hemidiafragma izquierdo coincidiendo con la alta frecuencia encontrada por otros investigadores (6). Los estudios imagenológicos constituyen la base para el diagnóstico demostrándose la presencia de las vísceras en situación intra-torácica. En nuestra institución se prefirió los estudios contrastados del tracto digestivo coincidiendo con autores en la literatura consultada (7,8). La proyección lateral suele mostrar la posición del intestino en la porción posterior del hemidiafragma. A veces, las lesiones quísticas del pulmón se asocian a un cuadro radiológico similar, pero el diagnóstico diferencial con la hernia diafrágica se establece por ecografía postnatal, la inyección de contraste en el estómago o la cateterización de la arteria umbilical con objeto de identificar el intestino situado encima del diafragma (8). La reparación quirúrgica es indispensable. En caso de reconocerse como una masa torácica indeterminada, puede accederse por vía transtorácica. Se reduce la hernia, se extirpa el saco y se cierra el defecto aproximando el borde posterior del defecto a la parte anterior de la pared torácica (9-11).

ABSTRACT

The diaphragmatic hernia constitute an unfrequent problem for the surgeon and a high index of suspicion is needed for its diagnosis. Diagnostic image studies are the base for its diagnosis thus the presence of viscera in intratoraxical situation. In our work a breastfed of 11 months year old with a congenital diaphragmatic hernia that was admitted in the service of pediatrics of teaching general provincial hospital of Morón. The medical literature is checked.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Hartman GE. Hernia diafrágica .En:Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM. Nelson Tratado Pediatría. Ed. 15ª. V.2. Mc Gr Hill: interamericana,1998:1457-1461.
2. Hill: interamericana,1998:1457-1461.
3. Figueras J. Hernia diafrágica congénita grave. An Esp Pediatr ía 2000;13(1):1-4.
4. Stein JP, et al. Right intrathoracic renal ectopia: a case report and review of the literature. Tech urol 1999;5(3):166-168.
5. Alfonso LF, et al. Lung hypoplasia and surfactant system immaturity induced in the fetal rat by prenatal exposure to nitrofen. Biol Neonate 1996;69:94-100.
6. Migliazza L, et al. Herat hypoplasia in experimental diaphragmatic hernia. J Pediatr Surg 1999;34(5):706-11.
7. Koch G, Bobillo A, Ficcardi J. Hernia diafrágica congénita. Propuesta para un protocolo de trabajo. Anest Pediatr 2001;64:5-14.
8. Skarsgard ED, Harrison MR. Congenital diaphragmatic hernia: the surgeons perspective. Pediatrics in review. 1999 oct. Available from: URL: <http://www.pedsinreview.Aapjournals.org/cgi/content/full/20/10/e7/>.
9. Louzir B, et al. Diagnosis of an opacity at the lung base: intrathoracic kidney. Rev Mal Respir 1999;16(2):207-209.
10. Soto C, et al. Hernia diafrágica congénita: análisis de resultados y factores pronósticos previos al desarrollo de un programa de ECMO. An Esp Pediatr 1996;44:568-572.

11. Migliazza L, et al. Prenatal dexamethasone rescues marfan hypoplasia in fetal rats with diaphragmatic hernia. J Pediatr Surg 2000;35(12):1757-1761.
12. Gibert Agulló A, et al. Hernia diafragmática congénita: análisis de dos formas de tratamiento. An Esp Pediatr 1999;46:477-482.

Anexos.



Fig. 1. Observe elevación del hemidiafragma izquierdo.

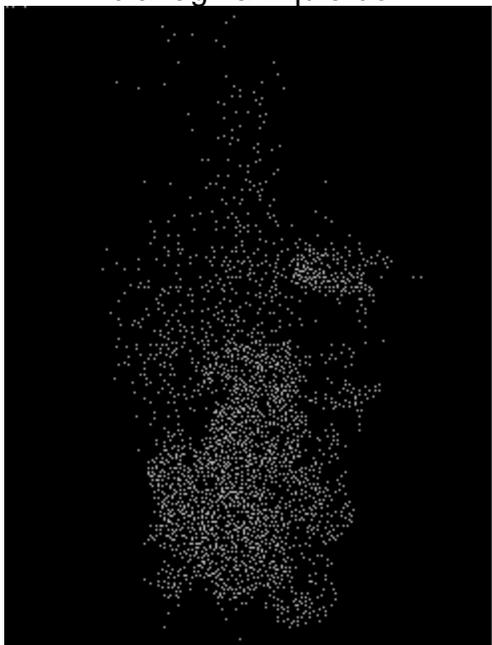


Fig.2. Observe cámara gástrica dilatada que ocupa el tercio inferior del hemitórax izquierdo.

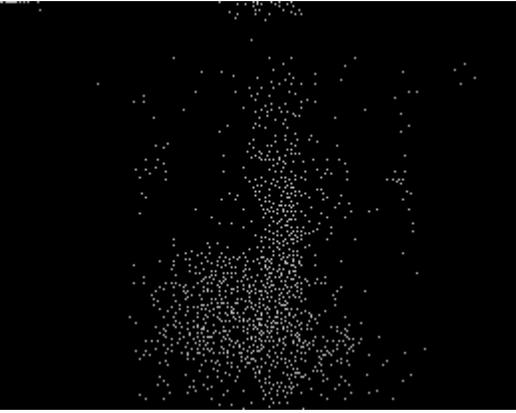


Fig.3. Observe hemidiafragma en posición normal después del tratamiento quirúrgico.