

Hernia diafragmática, a propósito de un caso

Sandra Elizondo-Argueta,¹ Félix Rodríguez-Guerrero²

RESUMEN

Las hernias diafragmáticas tienen diversas etiologías; pueden ser congénitas o adquiridas. De las segundas destacan las paraesofágicas gigantes, que casi siempre se observan en pacientes adultos mayores, que pueden cursar asintomáticas o manifestarse como un cuadro agudo grave. Se reporta el caso clínico de una paciente femenina de 89 años de edad que ingresó debido a un cuadro de abdomen agudo y que posterior a los hallazgos radiográficos y de tomografía se le diagnosticó: hernia paraesofágica gigante.

Palabras clave: hernia diafragmática, congénita, adquirida, paraesofágica, abdomen agudo.

La hernia paraesofágica gigante es una variedad excepcional de hernia hiatal. Esta rareza suele ser más común en adultos mayores. Su cuadro clínico puede ser crónico e ir desde síntomas leves de enfermedad por reflujo gastroesofágico, que nunca lleva a la sospecha de esta alteración y por eso no se diagnostica oportuna-

ABSTRACT

Diaphragmatic hernias have many causes, can be congenital or acquired, acquired hernias include rare presentation giant paraesophageal hernias usually observed in elderly patients, which may present asymptomatic or present as an severe illness. We report the case of a woman of 89 years of age who was admitted with acute abdomen and after radiographic findings and CT was diagnosed giant paraesophageal hernia.

Key words: diaphragmatic hernia, congenital, acquired, paraesophageal, acute abdomen.

mente, hasta un cuadro agudo que puede ser tan grave que se asocie con afectación circulatoria y ventilatoria y desencadenar la muerte del paciente. El objetivo de la presentación de este caso es destacar que la aplicación de un protocolo adecuado de estudio puede ser la diferencia en la evolución del padecimiento.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 89 años de edad, que ingresó al servicio de Urgencias debido a un cuadro de dolor abdominal. Entre sus antecedentes relevantes están: ser hipertensa de más de 30 años y en los últimos seis meses estar en tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. El padecimiento se inició 12 horas antes de su ingreso al hospital, con dolor abdominal epigástrico, náuseas y vómito en varias ocasiones, de aspecto gastrobiliar. La radiografía de tórax (Figura 1) y abdomen evidenció el desplazamiento del contenido intestinal a la cavidad torácica, hallazgo que se corroboró por tomografía (Figuras 2 y 3). La laparotomía exploradora de urgencia encontró un desgarramiento de bazo, afectación circulatoria con zonas de necrosis en el tercio medio del esófago y fondo gástrico. Debido a esto se le realizó esplenectomía, gastrectomía

¹ Internista-intensivista, Jefe de Área Médica, División de Proyectos Especiales en Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social.

² Anestesiólogo-intensivista, adscrito a la Unidad de Cuidados Intensivos de la Fundación Cardiovascular de Colombia.

Correspondencia: Dra. Sandra Elizondo Argueta
División de Proyectos Especiales en Salud
Instituto Mexicano del Seguro Social
Reforma 476, 3er piso
06600 Distrito Federal.
saelizar@gmail.com

Recibido: 22 de abril 2013
Aceptado: mayo 2013

Este artículo debe citarse como: Elizondo-Argueta S, Rodríguez-Guerrero F. Hernia diafragmática, a propósito de un caso. Med Int Mex 2013;29:525-528.

www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

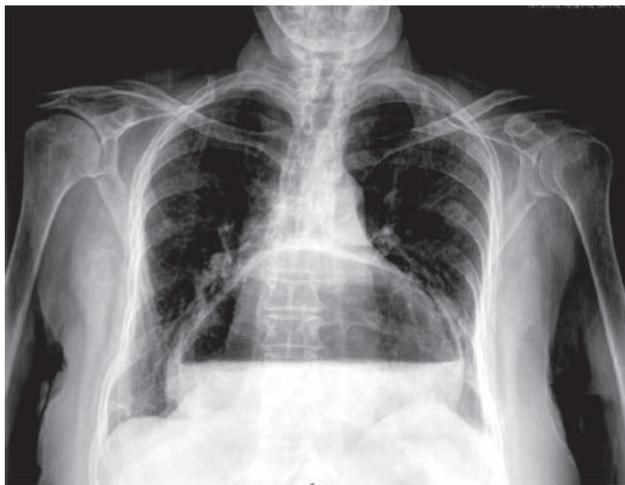


Figura 1. Radiografía de tórax en la que se aprecia una imagen redondeada a nivel mediastinal, de bordes bien delimitados, con nivel hidroaéreo, correspondiente a la cavidad gástrica.

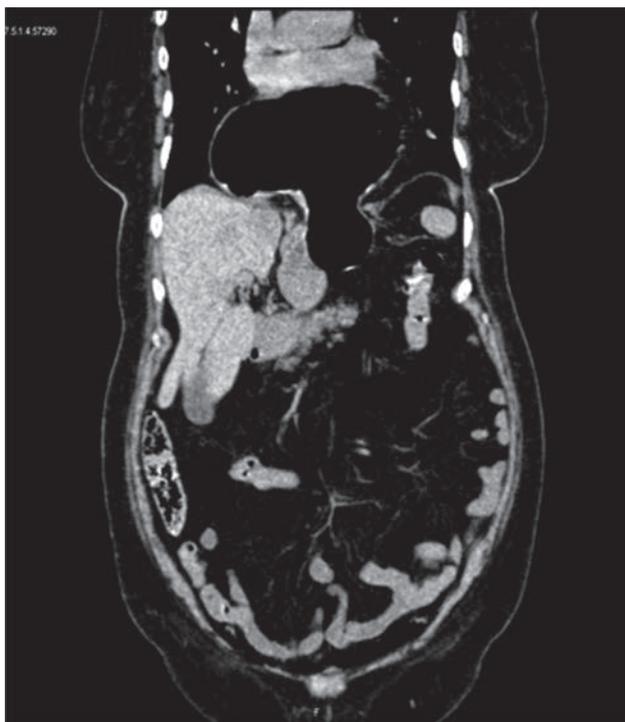


Figura 2. Tomografía computada tóraco-abdominal en la que se observa el desplazamiento gástrico.

subtotal, esofagectomía, esofagostoma y yeyunostomía. Posteriormente, ingresó al servicio de Terapia Intensiva donde se iniciaron medidas de soporte vital, apoyo con vasopresor, ventilación mecánica, uso de hemoderivados y tratamiento con antibióticos. Evolucionó satisfactoria-

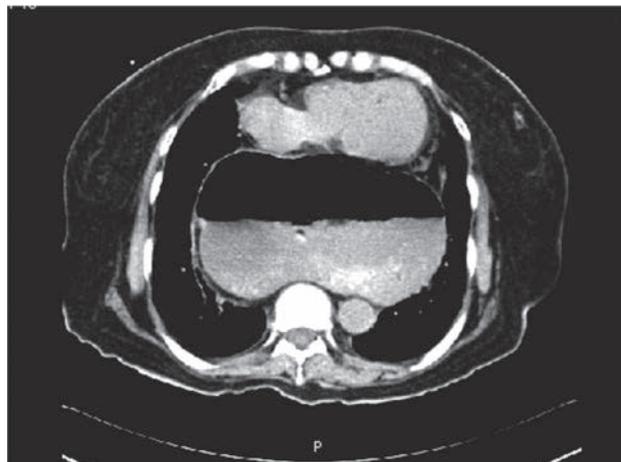


Figura 3. Tomografía computada de tórax, ventana para mediastino en la que se observa la cavidad gástrica con nivel hidroaéreo que comprime los órganos mediastinales.

mente y salió del servicio de Terapia Intensiva a los 10 días del procedimiento quirúrgico.

DISCUSIÓN

El término *hernia* se refiere a la protrusión de un órgano fuera del compartimento que lo contiene. Un área débil en alguna porción del diafragma puede permitir que el contenido abdominal ingrese al tórax (hernia diafragmática), esta hernia puede localizarse en el hiato esofágico (hernia hiatal), en proximidad con el hiato (hernia paraesofágica), en la zona posterolateral (hernia de Bochdalek) o paraesternal.^{1,2}

Las hernias diafragmáticas tienen distintas etiologías. En la edad infantil la hernia congénita es más común, en la edad adulta la causa puede ser un traumatismo o deslizamiento hiatal (hernia hiatal). Estas últimas pueden ser pequeñas y sólo observarse cuando existe un incremento abrupto de la presión intratorácica.^{1,2}

Aunque las hernias diafragmáticas congénitas y post-traumáticas fueron descritas en el siglo XVI, la hernia hiatal no fue reconocida como entidad clínica sino hasta mediados del siglo XX. La relación entre la enfermedad por reflujo gastroesofágico y la hernia hiatal se describió en el decenio de 1950.^{3,4}

Las hernias hiales se dividen en: por deslizamiento (tipo I) y paraesofágicas (tipos II, III y IV). Alrededor de 90% de las hernias diafragmáticas en el adulto son hiales

tipo I, son pequeñas y por deslizamiento. Representan uno de los problemas más comunes en las alteraciones del tránsito esofagogástrico. El origen del resto de las hernias diafragmáticas es postraumático o son hernias congénitas asintomáticas diagnosticadas en forma incidental. El 5% de las hernias diafragmáticas pueden presentarse como hernias paraesofágicas y ser de gran tamaño, donde la mayor parte del estómago tiene una localización intratorácica y existe predisposición al vólvulo.^{1,4,5}

Aunque no existe una definición específica para el término de hernia paraesofágica gigante, se considera así a la hernia con un contenido mayor de la tercera parte del estómago dentro de la cavidad torácica. Este tipo de hernia se observa con mayor incidencia en los adultos mayores, quienes generalmente tienen antecedentes de enfermedad por reflujo gastroesofágico crónica, como fue el caso de nuestra paciente. La migración del contenido abdominal (estómago, bazo, colon, intestino delgado) dentro del tórax (hernia hiatal tipo IV) puede estar relacionada con el incremento de la presión intraabdominal. Lo normal es que se observe un gradiente de presión positiva de 7 a 20 cm H₂O entre los compartimentos abdominal y torácico, que puede incrementarse por distintas causas: como por ejemplo el vómito, que puede ser la causa del desplazamiento del contenido abdominal al tórax en el caso clínico presentado.⁵⁻⁷

El cuadro clínico se distingue por dolor torácico, pirosis, dolor epigástrico, disfagia, vómito y anemia, generalmente cuadros crónicos atendidos previamente, y que al agudizarse se agregan síntomas mecánicos como: disfagia, dolor torácico por la compresión torácica y disnea. Hay pacientes asintomáticos en quienes el diagnóstico se establece de manera fortuita en un estudio radiográfico de tórax de rutina donde se aprecia el defecto. Para establecer el diagnóstico, la radiografía simple de tórax puede ser suficiente para evidenciar la cavidad gástrica en el área mediastinal con niveles hidroaéreos; es decir, se observa un nivel hidroaéreo por detrás de la silueta cardiaca. En el caso clínico presentado, queda la consideración que en los antecedentes mayores de seis meses de enfermedad por reflujo no se le hayan efectuado estudios de gabinete previos, o descrito un protocolo de estudio que hubiera podido identificar el defecto.^{1,4-8}

La evolución de estas hernias, en caso de ser pequeñas, suele ser benigna y en ocasiones manifestarse como gastritis y evolución a la formación de una úlcera gástrica en el

sitio herniado. En las grandes hernias, las complicaciones se deben al contenido abdominal dentro de la cavidad torácica, primero la afectación circulatoria y respiratoria y segundo las lesiones a los órganos desplazados, como el vólvulo gástrico, perforación, gangrena, hemorragia y el estado de choque, complicaciones que incrementan la mortalidad.⁷⁻¹⁰

En el tratamiento de estos casos, es indudable que tratándose de una urgencia se deberá priorizar su atención quirúrgica y considerar la edad del paciente y, en consecuencia, las comorbilidades. Estas incrementarán el riesgo de mal pronóstico; sin embargo, existe controversia en los pacientes asintomáticos, para quienes algunos autores proponen la sola observación y, en caso necesario, el tratamiento farmacológico y operar en forma electiva sólo a los pacientes sintomáticos.^{5,10-12}

CONCLUSIONES

Es importante tener en mente que los pacientes adultos mayores pueden manifestar cuadros clínicos que no son característicos de un padecimiento en específico; sin embargo, el protocolo de estudio a seguir siempre deberá ser muy minucioso y, en el caso de la enfermedad por reflujo gastroesofágico, siempre deberá considerarse la realización de estudios de gabinete complementarios. Este pequeño paso podrá evitar complicaciones que pueden llegar a ser fatales y, sobre todo, al considerar los riesgos de una cirugía de urgencia a una cirugía electiva.

REFERENCIAS

1. Kahrilas P, Kim H, Pandolfino J. Approaches to the diagnosis and grading of hiatal hernia. *Best Pract Res Gastroenterol* 2008;22:601-616.
2. Arráez-Aybar LA, González-Gómez CC, Torres-García AJ. Morgagni-Larrey parasternal diaphragmatic hernia in the adult. *Rev Esp Enferm Dig* 2009;5:357-366.
3. Stylopoulos N, Rattner D. The history of hiatal hernia surgery, from bowditch to laparoscopy. *Ann Surg* 2005;241:185-193.
4. Chico-Ponce de León F, Nieto-Zermeño J. Hernia diafragmática. Primer caso informado en México por el doctor Agustín Arellano en 1839. *Gac Med Mex* 2007;143:259-264.
5. Torres-Villalobos G, Martín-del Campo LA, Vásquez-Sánchez L, Carranza-Martínez I, Santiago-Andrade R,

- Santillán-Doherty P. Optimizando los resultados en hernia paraesofágica. *Cir Cir* 2011;79:379-383.
6. Awais O, Luketich JD. Management of giant paraesophageal hernia. *Minerva Chir* 2009;64:159-168.
 7. Sattler S, Canty TG, Mulligan MS, Wood DE, Scully JM, Vallieres E, et al. Chronic traumatic and congenital diaphragmatic hernias: presentation and surgical management. *Can Respir J* 2002;9:135-139.
 8. González SS, Collado AP. Hernias diafragmáticas. *Tecnología Radiológica* 2005;58:12-13.
 9. Low DE, Simchuk EJ. Effect of paraesophageal hernia repair on pulmonary function. *Ann Thorac Surg* 2002;74:333-337.
 10. Landreneau RJ, Del Pino M, Santos R. Management of paraesophageal hernias. *Surg Clin North Am* 2005;85:411-432.
 11. Davis SS Jr. Current controversies in paraesophageal hernia repair. *Surg Clin North Am* 2008;88:959-978.
 12. Mitek MO, Andrade RS. Giant hiatal hernia. *Ann Thorac Surg* 2010;89: 2168-2173.