

CASOS CLÍNICOS

HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA DE DIAGNÓSTICO TARDÍO

LATELY DIAGNOSTIC CONGENITAL DIAPHRAGMATIC HERNIA

*Dra. Jorgina Laime Pally; **Lic. Erick Laime Pally

RESUMEN

La hernia diafragmática congénita es una patología que se presenta de inicio temprano en el periodo neonatal o de forma tardía poco frecuente ya que no tiene una clínica específica, ya que forma súbita presenta compromiso ventilatorio, por lo que el diagnóstico temprano se hace más difícil en nuestro medio. Cabe recalcar que su presentación tardía indica que el pronóstico será bueno.

Palabras clave: Hernia diafragmática congénita (HDC)

ABSTRACT

Congenital diaphragmatic hernia is a rare condition that presents early in the neonatal period or later in life. It lacks specific symptoms, and its sudden onset can lead to compromised ventilation, making early diagnosis more difficult in our setting. It should be emphasized that its late presentation indicates a good prognosis.

Keywords: Congenital diaphragmatic hernia (CDH)

INTRODUCCIÓN

La hernia diafragmática congénita (HDC) es un defecto del músculo que separa la cavidad abdominal de la cavidad torácica. Es un defecto poco frecuente en nuestro medio, cuya localización más frecuente es la localización posterolateral, presentando súbitamente sintomatología respiratoria al nacimiento, por lo que su diagnóstico en el prenatal es importante, sin embargo, en nuestro medio muchas veces no se hace. Su inicio tardío es poco común y se asocia a mejor pronóstico de recuperación en el postoperatorio.

CASO CLÍNICO

Se describe el caso de un neonato de 18 días de vida, producto de la 3ra gestación, madre de 18 años, realizó ocho controles prenatales de forma regular, sin complicaciones. Sin antecedentes patológicos de la madre relevantes sin consumo de bebidas alcohólicas ni tabaco, nada de medicamentos durante la gestación. Niega que productos anteriores presenten alteraciones ni defectos congénitos al nacimiento. Recién nacido de sexo masculino, nace por parto eutócico en el Centro de Salud con circular simple de

cordón al nacimiento sin complicaciones, con membranas íntegras con líquido amniótico claro en adecuada cantidad, según registro manual del certificado de nacimiento nace con un buen APGAR al minuto de 8 y a los 5 minutos de 9, con un peso de nacimiento de 3560 gr, talla: 51 cm; según Test de Capurro se lo cataloga de 40 semanas por examen físico, pasa a alojamiento conjunto. Es externado en buenas condiciones Centro salud Pampajasi Bajo. Ingresa al servicio de emergencias del Hospital Municipal La Merced con una referencia de su Centro de salud por un cuadro de 5 días de evolución caracterizado por la presencia de cianosis periférica de inicio súbito. Al examen físico: regular estado general, cianosis periférica y perioral, mucosas húmedas cianóticas. A nivel cardíaco con ruidos cardíacos rítmicos normofonéticos, FC: 152/x, pulsos palpables en las cuatro extremidades; a nivel pulmonar respiración espontánea, taquipneico FR: 60/x, saturación entre 55 a 76% con tiraje subcostal e intercostal moderados, que mejora con el aporte suplementario de oxígeno a 90%. A la auscultación ausencia de murmullo vesicular en hemitórax derecho.

* Médico Pediatra - Hospital Municipal La Merced La Paz - Bolivia - E-mail: jlaimep@gmail.com - Celular: 70689117

** Fisioterapia y Kinesiología - Caja Nacional de Salud La Paz - Bolivia - E-mail: ericklaime@gmail.com - Celular: 60664301

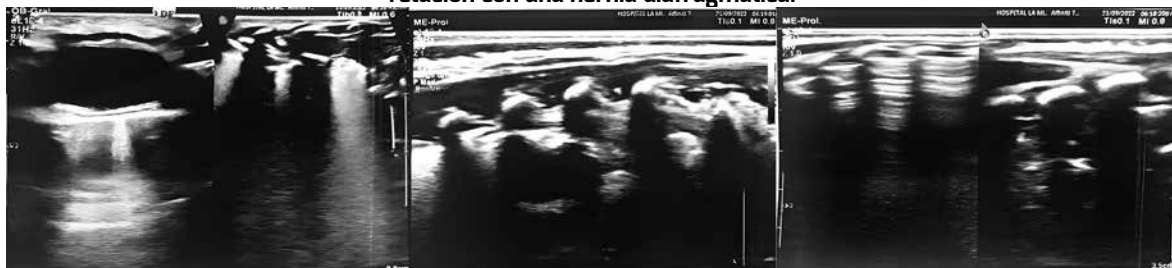
Se realiza radiografía de tórax que muestra hallazgos compatibles con HDC derecho (Fig. 1).

Figura 1. Ocupación de hemitórax derecho de contenido intestinal, con desplazamiento de mediastino hacia la región contralateral



Cuenta con una biometría hemática dentro de parámetros normales, grupo "A" RH (+), cursa no rmoglucemia, bilirrubina total en predominio indirecto sin criterios de luminoterapia con tiempo de protrombina prolongado. Se indica el oxígeno suplementario (Halo cefálico) y un plan de hidratación parenteral. Para completar el estudio se realiza una ecografía toracoabdominal que identifica el paso de asas intestinales al tórax derecho, sin herniación de vísceras sólidas. (Fig. 2).

Figura 2. Ocupación de hemitórax derecho por estructuras aéreas que corresponden a asas intestinales en relación con una hernia diafragmática.



Ante estos datos se contacta con el servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital del Norte, quien decide su ingreso y se programa para su intervención quirúrgica.

DISCUSIÓN

La hernia diafragmática congénita (HDC) es un defecto de nacimiento, que se desarrolla durante el periodo fetal, que se caracteriza por el paso de los órganos abdominales (estómago e intestinos) se desplacen a la cavidad torácica¹.

La severidad y sus consecuencias en el periodo neonatal, por el inicio súbito de la clínica respiratoria grave, generando alta mortalidad¹⁻³. La presentación tardía más frecuente es la posterolateral con alrededor de 5-45% y es un indicador de mejor pronóstico^{3,4}. Con una relación 2:1 con más frecuencia en el sexo femenino.

Tras el nacimiento la clínica, el diagnóstico y el tratamiento de la presentación tardía debe ser dur ante el periodo neonatal^{5,6}. Sus manifestaciones clínicas van de acuerdo a la localización y el contenido herniado. Cuya clínica respiratoria incluye cianosis grave, taquipnea, dificultad

respiratoria inmediatamente desde el primer minuto o horas de vida. Los neonatos con hernia diafragmática congénita tiene un abdomen escafoideo o excavado y aumento anteroposterior de la pared torácica y distensión. Los ruidos hidroaéreos pueden auscultarse el tórax, con ausencia del murmullo vesicular del lado afectado. Aunque existe un periodo de 48 horas está relativamente estable.^{2,4,5}. Pueden en el 8-80% de los casos, asociarse a otras anomalías: malrotación intestinal, defectos cardíacos, alteraciones pulmonares, defectos del tubo neural, anomalías cromosómicas o alteraciones urogenitales^{1,3,7}.

El diagnóstico es clave para tener un plan de abordaje al nacimiento para disminuir las complicaciones y favorecer el pronóstico con una radiografía de tórax. La imagen radiológica de tórax que muestre condiciones patológicas del diafragma son considerados altamente sospecho de un defecto, además de problemas respiratorios o digestivos de inicio súbito. Sin embargo, una radiografía torácica normal no excluye el diagnóstico (25%)^{4,8}. Puede simular otras

patologías como la neumonía lobar, tumor, malformación quística adenomatoidea congénita pulmonar, neumotórax o derrame pleural¹⁹. Con el apoyo de exámenes como ecografía, serie gastrointestinal, la tomografía computarizada o la resonancia magnética^{7,8}.

El tratamiento es la reparación quirúrgica dentro de las 48 horas de la estabilización de neonato, cuyo pronóstico en el postoperatorio es favorable⁷.

CONCLUSIÓN

La hernia diafragmática congénita tiene un debut variable, caracterizado por una

presentación clínica tardía, con predominio de los síntomas respiratorios que van progresando a un cierto grado de insuficiencia respiratoria, por lo su diagnóstico es un reto. De acuerdo a la funcionalidad de la estructura diafragmática en el proceso respiratorio y de función ventilatoria del neonato durante su desarrollo.

La intervención quirúrgica es su tratamiento, para evitar complicaciones y su pronóstico sea favorable. Por lo que el manejo es multidisciplinario.

ABREVIATURAS

HDC: hernia diafragmática congénita

REFERENCIAS

1. Blackstone MM, Mistry RD. Late-presenting congenital diaphragmatic hernia mimicking bronchiolitis. *Pediatr Emerg Care.* 2007;23:653-6.
2. Baerg J, Kanthimathinathan V, Gollin G. Late-presenting congenital diaphragmatic hernia: diagnostic pitfall and outcome. *Hernia.* 2012;16:461-6.
3. Kim DJ, Chung JH. Late-presenting congenital diaphragmatic hernia in children: the experience of single institution in Korea. *Yonsei Med J.* 2013;54:1143-8.
4. Ülgen-Tekerek N, Akyıldız B, Özcan A, Ergül AB, Turan C, Özcan S. Late presentation of congenital diaphragmatic hernia. *Turk J Pediatr.* 2015;57:642-5.
5. Kitano Y, Lally KP, Lally PA; Congenital Diaphragmatic Hernia Study Group. Late-presenting congenital diaphragmatic hernia. *J Pediatr Surg.* 2005;40:1839-43.
6. Comberiati P, Giacomello L, Camoglio FS, Peroni DG. Diaphragmatic hernia in a pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care.* 2015;31:354-6.
7. Chao PH, Chuang JH, Lee SY, Huang HC. Late-presenting congenital diaphragmatic hernia in childhood. *Acta Paediatr.* 2011;100:425-8.
8. Jiménez MA, Benavent MO, Canet JM, Carratalá LL, Mut JV, Torres AM. Hernia diafragmática congénita de presentación tardía. *An Pediatr (Barc).* 2012;76:163-4.
9. Hamid R, Baaba AA, Shera AH, Wani SA, Altaf T, Kant M. Late-presenting congenital diaphragmatic hernia. *Afr J Paediatr Surg.* 2014;11:119-23.
10. Baglaj M. Late-presenting congenital diaphragmatic hernia in children: a clinical spectrum. *Pediatr Surg Int.* 2004;20:658-69.