

Caso clínico-radiológico pediátrico

CLAUDIO BERRÍOS G.* y YORKY MELIPILLÁN A.**

Historia clínica

Niño de 18 meses de edad, previamente sano, que consulta por historia clínica caracterizada por tos seca, disnea, decaimiento, inapetencia, irritabilidad y baja de peso de aproximadamente 500 g, de diez días de evolución. No hay historia de fiebre ni otros antecedentes de importancia.

Tiene una radiografía (Rx) de tórax normal de seis meses atrás.

Al examen físico, aparece comprometido, decaído, afebril, frecuencia cardíaca 108/min, frecuencia respiratoria 33/min. El examen pulmonar revela ausencia de murmullo pulmonar en el pulmón izquierdo. El resto del examen no muestra hallazgos significativos. Se solicita Rx de tórax (Figura 1).

Considerando los hallazgos de este examen, se decide hospitalizar al niño para su estudio. En ese momento, se solicita Tomografía computarizada (TC) de tórax (Figura 2).

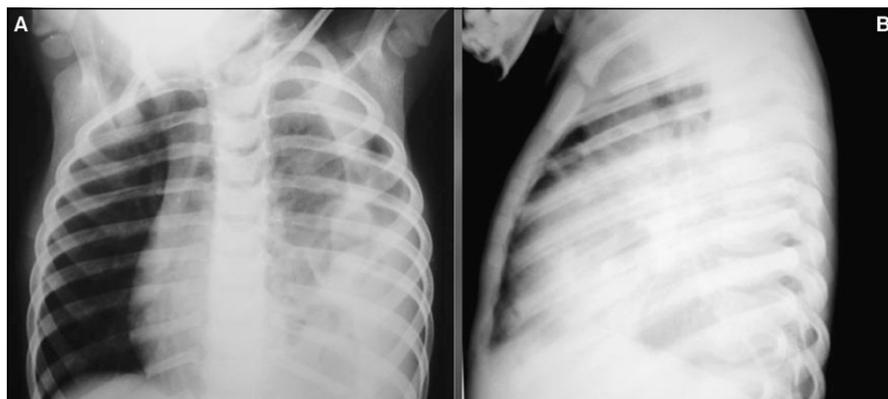


Figura 1. Rx de tórax en proyecciones anteroposterior (AP) (A) y lateral (B).



Figura 2. Tomografía computarizada (TC) de tórax. Se ilustran tres reconstrucciones coronales a nivel del tercio medio del tórax, con ventana ajustada para estudio del mediastino (A,B) y con ventana pulmonar (C).

¿Cuál es su hipótesis diagnóstica?

* Médico Radiólogo. Departamento de Radiología, Unidad de Radiología Pediátrica. Pontificia Universidad Católica, Santiago.

** Médico Radiólogo. Clínica Dávila, Santiago.

Hallazgos radiológicos

La Figura 1 muestra opacificación prácticamente difusa del hemitórax izquierdo, con efecto de masa y desplazamiento del corazón y del mediastino hacia el lado derecho. Esta lesión presenta algunas imágenes aéreas en su interior y signos sugerentes de derrame pleural.

La Figura 2 muestra el hemitórax izquierdo ocupado por múltiples imágenes con aire y líquido en su interior, por herniación de asas de intestino delgado y colon, sin signos de obstrucción y con importante efecto de masa y desplazamiento secundario de las estructuras del mediastino hacia la derecha. Hay también herniación del bazo, el que se proyecta medial a la aorta torácica.

Estos hallazgos son compatibles con una hernia diafragmática izquierda. Considerando el antecedente de Rx de tórax previa normal y la ausencia de historia de traumatismo, debería corresponder a una *hernia diafragmática congénita*, de presentación tardía.

El paciente fue sometido a cirugía donde se confirmó el diagnóstico, y se reparó el defecto diafragmático pleuroperitoneal posterior izquierdo. El niño evolucionó satisfactoriamente y fue dado de alta cinco días más tarde en buenas condiciones.

Diagnóstico

Hernia diafragmática congénita de presentación tardía.

Discusión

Las hernias diafragmáticas congénitas (HDC) pueden ocurrir a través de un defecto pleuroperitoneal diafragmático posterior o paravertebral (hernia de Bochdalek) o anterior (hernia de Morgagni).

Las hernias de Bochdalek se presentan con mayor frecuencia en el período postnatal con dificultad respiratoria que puede ser grave y requerir cirugía de urgencia. Su frecuencia es de aproximadamente 1/2.000 a 1/5.000 nacidos vivos¹.

Por otro lado, las hernias de Morgagni pueden ser asintomáticas y con frecuencia se presentan como un hallazgo incidental de una Rx de tórax².

Las hernias diafragmáticas congénitas de presentación tardía (HDCT), corresponden a hernias de Bochdalek y representan aproximadamente al 10-13% del total de las HDC. Aproximadamente 96% de ellas son unilaterales, 79% a izquierda y 21% a derecha³⁻⁵.

Afectan con mayor frecuencia a los varones y su asociación con otras malformaciones es baja.

En estos pacientes, se supone que el defecto congénito del diafragma está presente en la vida intrauterina y al momento del nacimiento, aun cuando la herniación se produce tardíamente. Esto podría explicarse por la presencia del hígado y el bazo que impedirían el ascenso de las vísceras al tórax^{6,7}. El momento en que ocurre la herniación de las estructuras intraabdominales hacia el tórax, puede estar asociado a episodios de tos, compresión abdominal, maniobras de Valsalva o a traumatismos mínimos.

A diferencia de la HDC neonatal, no hay alteraciones de la maduración pulmonar, riesgo de vólvulo intestinal, dilatación gástrica ni riesgos de compromiso vascular intestinal. La morbimortalidad generalmente se asocia a medidas terapéuticas como instalación de tubos pleurales y perforación intestinal secundaria, lo ocurre en alrededor del 18% de los pacientes con HDC tardía en las distintas series^{4,6}.

La presentación clínica de las HDC tardías muestra un amplio espectro, desde una forma aguda a una forma crónica o incluso pueden ser asintomáticas, aún después de ocurrida la herniación. Esto, dependiendo de la cuantía de la herniación del contenido intraabdominal hacia el tórax y del lado donde ocurre^{3,5,7}.

Las manifestaciones clínicas son generalmente inespecíficas, con mayor frecuencia tos, vómitos, diarrea, por lo que el diagnóstico puede ser tardío^{6,7}, como ocurrió en nuestro paciente.

Más del 80% de los pacientes con HDC de inicio tardío del lado izquierdo, se presenta en forma aguda. Las manifestaciones clínicas son generalmente inespecíficas, dependiendo del tipo y la cuantía de las vísceras abdominales que forman parte de la hernia. Con frecuencia se presenta con tos, vómitos, diarrea, por lo que el diagnóstico puede ser tardío⁵⁻⁷, como ocurrió en nuestro paciente.

Las hernias del lado derecho, generalmente se presentan en forma crónica, probablemente por interposición del hígado, el que impide el paso de las vísceras hacia el tórax^{3,5,7}.

En la mayoría de los casos, el diagnóstico se sospecha en la Rx de tórax, solicitada por síntomas respiratorios. El diagnóstico diferencial generalmente incluye neumonía, malformación adenomatoídea quística congénita. La TC confirma el diagnóstico y permite determinar qué vísceras se han herniado. En la mayor parte de los casos, no es necesario efectuar estudio contrastado del intestino. La inyección de aire a través de

una sonda gástrica, puede ayudar al diagnóstico, cuando el estómago está herniado.

Bibliografía

- 1.- CADAVID L, GARCÍA C. Caso clínico-radiológico pediátrico. *Rev Chil Enf Respir* 2009; 25: 39-42.
- 2.- CADAVID L, GARCÍA C. Caso clínico-radiológico pediátrico. *Rev Chil Enf Respir* 2010; 26: 102-4.
- 3.- KITANO Y, LALLY P A. Late-presenting congenital diaphragmatic hernia. *J Pediatr Surg* 2005; 40: 1839-43.
- 4.- BAGLAJ M. Late-presenting congenital diaphragmatic hernia in children: a clinical spectrum. *Pediatr Surg Int* 2004; 20: 658-69.
- 5.- SRIDHAR A V, NICHANI S. Late presenting congenital diaphragmatic hernia. *Emerg Med J* 2004; 21: 261-2.
- 6.- CIGDEM M K, ONEN A, OTCU S, OKUR H. Late presentation of Bochdalek-type congenital diaphragmatic hernia in children: a 23-year experience at a single center. *Surg Today* 2007; 37: 642-5.
- 7.- WU C T, HUANG J L, HSIA S H, LIN J J, LAI S H. Late-presenting congenital diaphragmatic hernia in pediatric emergency room: two case reports. *Eur J Pediatr* 2009; 168: 1013-5.