

INFORME DE CASO**Hernia diafragmática derecha y embarazo. Presentación de un caso****Right diaphragmatic hernia in pregnancy. Report of a case**

Dr. Carlos Fernández Illas¹, Dra. Amara Cintra Pérez², Dr. Servio Tulio Cintra Brooks³, Lic. Aracelis Fiffe Pérez⁴

¹ Especialista de I Grado en Cirugía General. Máster en Urgencias Médicas. Asistente. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba

² Especialista de I Grado en Cirugía General y Medicina General Integral. Máster en Urgencias Médicas. Asistente. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba

³ Especialista de II Grado. Máster en Urgencias Médicas. Profesor Auxiliar. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" Guantánamo. Cuba

⁴ Licenciada en Gestión de la Información de Salud. Policlínico Universitario "Mártires del 4 de Agosto". Guantánamo. Cuba

RESUMEN

Se presentó una paciente de 23 años de edad a consulta en cuerpo de guardia de cirugía por presentar dolor abdominal localizado en epigastrio con irradiación a hipocondrio derecho y hacia la espalda, se acompaña además de falta de aire, asociado a un embarazo de 24 semanas, se ingresa en la sala de Ginecobstetricia, se le realiza radiografía del tórax en vista anteroposterior y lateral derecha que muestra una masa bien definida con componente intratorácico en proyección posterior en la región diafragmática derecha y se traslada al servicio de cirugía para completar su estudio. Se realizó tomografía axial computarizada donde se informa a nivel de la base pulmonar derecha imagen hiperdensa compatible con densidad de tejido hepático la cual mide 84 mm por 58

mm de localización posterior que penetra en el tórax a través de una hernia diafragmática la cual tiene un anillo de 5 cm. Fue intervenida quirúrgicamente mediante una toracotomía derecha se redujo la masa tumoral herniaria hacia la cavidad abdominal, se realizó herniorrafia diafragmática y resección atípica de parte del lóbulo inferior del pulmón derecho hipoplásico. Por lo raro que acontece esta entidad y más aun del lado derecho, asociada a embarazo, es por lo cual se decidió presentar este caso así como los aspectos más relevantes y actuales respecto a esta afección.

Palabras clave: embarazo, hernia diafragmática, intervención quirúrgica

ABSTRACT

A 23 year old patient is presented at the surgery consultation because of abdominal pain localized in the epigastrium radiating to the right upper quadrant and to the back, is also accompanied by shortness of breath, associated with a pregnancy of 24 weeks, she is entered in the Gynecology consultation , it was performed in anteroposterior chest radiograph and right side view showing a well-defined mass with intrathoracic component in rear projection on the right diaphragmatic region and moves to the surgery department to complete its study. Computed tomography which reports at the right lung base supporting hyperdense image density of liver tissue which measures 84 mm by 58 mm posterior position entering the chest through a diaphragmatic hernia which has a ring is made 5 cm. It was operated by a right thoracotomy hernia tumor mass into the abdominal cavity was reduced in a diaphragmatic herniorrhaphy and atypical resection of the lower lobe of the right lung hypoplasia is performed. It happens this rare entity and even the right side, associated with pregnancy, so it is decided to present this case as well as the most relevant and current issues regarding this condition.

Keywords: pregnancy, diaphragmatic hernia, surgical intervention

INTRODUCCIÓN

Se define la hernia diafragmática como la herniación del contenido abdominal dentro de la cavidad torácica, como consecuencia de un defecto congénito o traumático del diafragma. Sus localizaciones más frecuentes son: hiato esofágica, para esofágica, espacio retroesternal (Morgani) y posterolateral (Bochdalek o congénita). Su incidencia general varía de 1/2000 NV a 1/5000 NV.

Es más frecuente del lado izquierdo (70-85 %), el 5 % son bilaterales, tiene una patrón autosómico recesivo. La hernia diafragmática congénita se debe a la ausencia del cierre de los canales pleuroperitoneales posterolaterales.¹

El primer medico en describir una hernia diafragmática congénita fue Lazarus Riverius; en un post mortem de un hombre de 24 años; el caso fue publicado después de su muerte en 1679.²

Posteriormente, en 1769, Giovanni Battista Morgagni describió el defecto congénito de la parte ventral y lateral derecha del diafragma, el cual lleva su nombre.³ En 1848, el anatomista checoslovaco, Vincent Alexander Bochdalek describió la hernia de contenido intestinal a través del espacio lumbodorsal del diafragma. En humanos la causa de las hernias diafragmáticas congénitas no se conoce. Al parecer, existen algunos factores genéticos no del todo dilucidados.⁴

La hernias diafragmáticas congénitas constituyen una entidad patológica muy importante en el periodo neonatal por su gravedad, condiciona una gran mortalidad, requiere un diagnóstico precoz y un tratamiento medico quirúrgico agresivo e intensivo.

Algunos no se diagnostican en el período neonatal, presentan sintomatología mas tardía siendo habitualmente un hallazgo radiológico. Las del lado derecho son raras, constituyen de 10 a 15 % del total, los síntomas tienden a ser mas atenuados y el abordaje quirúrgico debe hacerse por vía torácica por la presencia subdiafragmática del hígado.

La hernia diafragmática congénita que complica el embarazo es una entidad muy rara. En la literatura inglesa solamente se han informado 6 casos. El defecto que puede ser asintomático durante toda la vida, puede debutar en el embarazo lo que favorece la herniación.⁵

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 23 años, primigesta de 24 semanas se presentó en el cuerpo de guardia remitida de su área de salud con síntomas de varios días de evolución dado por tos productiva con expectoración amarillenta, se acompaña de fiebre de 37 °C sin escalofríos, además de dificultad respiratoria de ligera a moderada que se intensifica con los esfuerzos físicos intensos y cambio de posición, se acompaña además de dolor en la base del hemitórax derecho, no se recogen antecedentes de trauma o de algún otro evento parecido relacionado con la gestación.

Al examen físico la paciente luce agudamente enferma con mal estado general, frecuencia respiratoria de 24 por minuto y pulso 100 latidos por minuto. Al examen físico respiratorio, el murmullo vesicular esta disminuido hacia la base del hemitórax derecho, la paciente fue ingresada con el diagnóstico presuntivo de catarro común en una sala de cuidados especiales perinatológicos.

En la palpación del abdomen se encuentra que el útero está grávido, aumentado de tamaño correspondiente con la edad gestacional antes mencionada, con frecuencia fetal auscultable. Se toma radiografía (Figura 1) de tórax en vista anteroposterior y lateral derecha que motró una masa bien definida con componente intratorácico en proyección posterior en la región diafragmática derecha y se traslada al Servicio de Cirugía para completar su estudio por sospecha de una hernia diafragmática derecha.



Figura 1. Radiografía de tórax que muestra imagen redondeada que hace cuerpo con diafragma derecho.

En la tomografía axial computarizada, en los cortes tomográficos practicados, se observa a nivel de la base pulmonar derecha imagen hiperdensa compatible con densidad de tejido hepático la cual mide 84 mm por 58 mm de localización posterior que penetra en el tórax a través de una hernia diafragmática la cual tiene un anillo de 5 cm.

La paciente se valora por el servicio de Medicina Interna, conjuntamente con el Servicio de Ginecobstetricia y Cirugía, llegando al acuerdo de realizar un tratamiento quirúrgico definitivo, previa interrupción del embarazo.

Se traslada al Servicio de Ginecobstetricia. Se induce parto con misoprostol y se realiza legrado instrumental después de expulsar la criatura.

Seis semanas después con el diagnóstico preoperatorio de una hernia diafragmática congénita (no traumática) fue intervenida quirúrgicamente (Figura 2) mediante una toracotomía derecha, se redujo la masa tumoral herniaria (hígado) hacia la cavidad abdominal, se realiza herniorrafia diafragmática y resección atípica de parte del lóbulo inferior del pulmón derecho hipoplásico, se deja sonda endopleural la cual es retirada posteriormente.

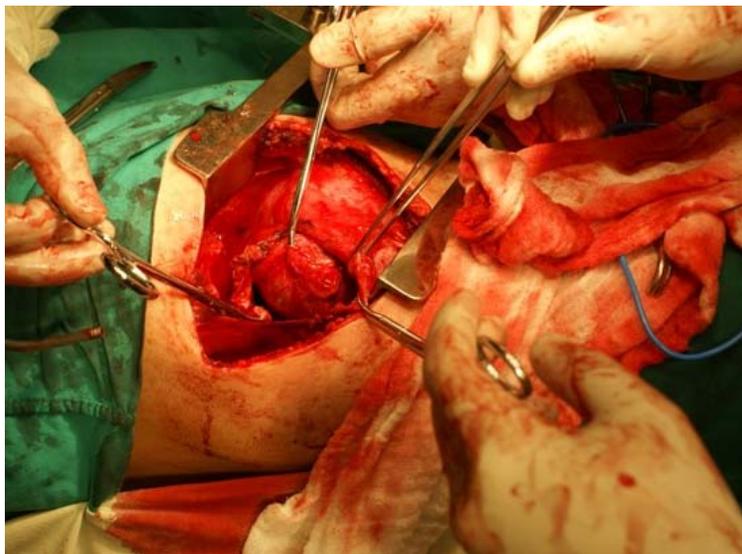


Figura 2. Acto quirúrgico que muestra víscera herniada (hígado) a través de brecha diafragmática.

La paciente evoluciona favorablemente (Figura 3) y es dada de alta en buenas condiciones.



Figura 3. Paciente ya operada y en recuperación.

DISCUSIÓN DEL CASO

Las hernias diafragmáticas de Bochdalek se presentan habitualmente en las primeras horas de vida con síntomas y signos respiratorios importantes y gran mortalidad, lo que implica un desafío terapéutico médico quirúrgico.

Elas están constituidas por un defecto embrionario en el cierre del canal pleuroperitoneal en la parte posterior del diafragma, cuando el intestino primitivo regresa al abdomen, persistiendo el orificio posterior de Bochdalek, con persistencia de vísceras abdominales en el tórax.

Estas producen compresión del tejido pulmonar que si ocurre antes de las 16 semanas de gestación lleva a una hipoplasia pulmonar con menor número de divisiones bronquiales.⁵

Si alcanzan a desarrollarse las hojas pleuroperitoneales sin formación del músculo, queda una hernia cubierta de saco, lo que es raro: En su gran mayoría no tienen saco. Si ocurre desarrollo de músculo, pero insuficiente, se producen eventraciones diafragmáticas.

Las hernias del lado derecho son bastantes raras, representan de 10 a 20 % del total, debido fundamentalmente a que el canal pleuroperitoneal derecho se cierra primero, son mejor toleradas se presentan habitualmente en forma tardía y el contenido está formado casi siempre por hígado.⁶

Se desconoce el número de pacientes que llegan a la etapa adulta con una hernia diafragmática asintomática. Sólo se han reportado 6 casos en la literatura inglesa generalmente complican y entorpecen el embarazo. Se ha señalado también varios casos de hernia diafragmática traumáticas durante el embarazo, su debut puede deberse a aumento de la presión intraabdominal intermitente pero prolongada, aplanamiento del diafragma desplazamiento de las vísceras a medida que crece el útero.⁷

En las hernias diafragmáticas congénitas del lado izquierdo, el diagnóstico clínico se sospecha por una historia de náuseas, vómitos, tos, fiebre, disnea y dolor intercostal, disminución del murmullo vesicular, hiperresonancia torácica y disminución de la expansibilidad pulmonar, desplazamiento de los ruidos cardíacos y pueden auscultarse ruidos intestinales en el tórax.

La radiografía de tórax puede mostrar neumotórax, opacidad del hemitórax y niveles aéreos. Con una sonda nasogástrica radiopaca puede verse el trayecto de la hernia hacia el tórax y se hace el diagnóstico.⁵ El tratamiento es quirúrgico. Durante el embarazo debe repararse el defecto antes de iniciar el trabajo de parto sea o no asintomática. Cuando la hernia es asintomática durante el primer y segundo trimestres se hace la corrección quirúrgica, ya que a mayor edad gestacional mayor es la dificultad de su reparación.

En el tercer trimestre con feto viable debe hacerse cesárea y la reparación del defecto simultáneamente, el parto vaginal está contraindicado. Si la hernia se presenta en forma aguda, debe haber estabilización preoperatoria de la paciente, se coloca sonda nasogástrica, se repara el defecto y se coloca sonda endopleural (SEP) posteriormente.

Las complicaciones maternas en una fase aguda pueden ser neumotórax a tensión, estrangulación u obstrucción de víscera hueca, pleuritis química por perforación de estómago espontánea o por sonda endopleural, sepsis y muerte. El feto puede complicarse prematuramente y tener muerte fetal.⁸

El pronóstico es bueno cuando el defecto se detecta en una fase asintomática y se repara eventualmente. En cambio cuando se presenta en forma aguda la mortalidad materna y fetal es del 45 %.^{9,10} Las hernias diafragmáticas congénitas son raras. El diagnóstico del lado derecho en una embarazada, se debe sospechar, con antecedentes de dolor en la base del hemitórax derecho, síntomas respiratorios a repetición desde su niñez, lo cual se debe confirmar mediante una simple radiografía de tórax en posición anteroposterior y lateral derecha.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arráez-Aybar LA, González-Gómez CC, Torres-García AJ. Hernia asdiafragmática paraesternal de Morgagni-Larrey en adulto. Rev Esp Enferm Dig [Internet]. 2010 [citado 1 dic. 2012]; 101(5):357-66. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113001082009000500009&script=sci_arttext&tlng=pt
2. Bonetus T. Sepulchretum, sive anatomía practica ex cadaveribus morbo denatis. Geneve: L Chouet; 1679
3. Morgagni GB. Seats and causes of disease investigated by anatomy. London: Miller and Cadell ;1769.p. 205.
4. Bochdalek VA. Einige betrachtungen uber die entstehung des angeborenen zwerchfellbruches: als neitrag zur pathologisschen anatomie der hernien. Vierteljahrsschrift fur die Praktische Kellkunde. 1848; 19:89
5. Yanes Calderón M, Mesa Suárez M, Rojas González RM, González Salvat RM, Quintana Aguilar JR. Hernia diafragmática congénita izquierda (Bochdaleck). Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2012 . [Citado 20 Mayo 2014];38(4): 571-575. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2012000400015&lng=es
6. Fisher JC, Haley MJ, Elizalde A, Charles JH, Arkovitz MS. Multivariate model for predicting recurrence in congenital diaphragmatic hernia. J Pediatr Surg [Internet]. 2010 [Citado 20 Mayo 2014]; 44(6):1173-80. Disponible en: http://www.actamedica.sld.cu/r1_13/hernia.htm
7. Tapias L, Tapias-Vargas L, Tapias-Vargas LF. Hernias diafragmáticas: desafío clínico y quirúrgico. Diafragmáticas. Rev. Colombiana Cir [Internet]. 2009 [citado 30 Oct 2012]; 24:95-105. Disponibles en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S201175822009000200005&script=sci_arttext
8. Jancelewitz T, Lan TV, Keller RL, Bratton B, Lee H, Farmer D, et.al. Long-term surgical outcomes in congenital diaphragmatic hernia: observation from a single institution. J Pediatr Surg [Internet].

- 2010[citado 30 Oct 2012]; 45(1):155-60.Disponible en: http://www.actamedica.sld.cu/r1_13/hernia.htm
9. Sandstrom CK, Stern EJ. Diaphragmatic Hernias: A Spectrum of Radiographic Appearances. Current Problems in Diagnostic Radiology [Internet]. 2011 [citado 1 dic. 2012]; 40(3):95-115. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0363018809000929>
- 10.Reyna Villasmil E. Hernia diafragmática materna estrangulada y embarazo: Reporte de caso. Rev Obstet Ginecol Venez, Caracas [internet].2014 [citado 30 Oct 2012];68(4). Disponible en <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048

Recibido: 30 de septiembre de 2014

Aprobado: 24 de octubre de 2014

Dr. Carlos Fernández Illas. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba. **Email:** cintra@infosol.gtm.sld.cu