

Hernia diafragmática congénita de presentación tardía

Sortzetiko eten diafragmatiko agerpen berantiarrekoa

A. Benito, B. Azkúnaga, J. Mintegui,
E. Pérez-Yarza.

Sección de Neumología Infantil.
Hospital Aránzazu. Donostia. San Sebastián.

INTRODUCCIÓN

Las hernias diafragmáticas congénitas (HDC) pueden diagnosticarse en el período neonatal o fuera de éste, variando la forma de presentación en uno u otro caso. Tanto la clínica como la edad al diagnóstico se ven influenciadas por el tipo de hernia del que se trate, describiéndose tres tipos:

1. **Hernia hiatal esofágica.** Defecto corriente en niños con síntomas y complicaciones relacionados con el reflujo gastroesofágico.
2. **Hernia de Morgagni.** Representan del 1 al 6% de las HDC. Rara vez produce síntomas en la infancia. La clínica aparece generalmente después de los 40 años por aumento de la presión intra-abdominal. La mayoría se presentan en el lado derecho, siendo bilaterales un 7% del total⁽¹⁾.
3. **Hernia posterolateral o de Bochdalek.** Es debida a un defecto congénito de la parte posterior del diafragma siendo más frecuente (90%) en el lado izquierdo⁽³⁾. Mientras que la mayoría de los pacientes desarrollan síntomas en las primeras

horas de vida, el diagnóstico puede retrasarse días, semanas o meses. La clínica en los casos de presentación tardía puede aparecer como dolor abdominal, tos, dificultad respiratoria o infecciones respiratorias. La mayoría de las veces son síntomas recurrentes aunque también puede presentarse de forma aguda en un niño previamente sano.

CASO CLÍNICO

Varón de 5 meses que acude a la Sección de Neumología Infantil para estudio, por haber presentado en el último mes episodios recurrentes de tos y sibilancias tratados con salbutamol oral. Los síntomas no varían con los cambios climáticos.

Factores ambientales: padre fumador. Conviven en la casa con un perro.

Antecedentes personales: embarazo normal, parto a término instrumental, reanimación tipo 1. Período neonatal sin incidencias. Lactancia mixta desde el nacimiento sin problemas con la introducción de la alimentación complementaria.



Figura 1. Rx de tórax AP: imagen hidroaérea en hemitórax derecho.



Figura 2. Rx de tórax lateral: se aprecia más claramente el contenido de asas intestinales.

Antecedentes familiares: familiares de segundo grado asmáticos.

Exploración física: normocoloración mucocutánea, sin lesiones en piel. Tonos cardíacos normales sin soplos. Abdomen blando y depresible sin megalías. Examen neurológico normal. A la auscultación pulmonar destaca una hipoventilación con ruidos hidroaéreos en base pulmonar derecha.

Exámenes complementarios:

- Hematimetría: normal.
- Rx de tórax: se aprecian asas intestinales contenidas en hemitórax derecho (Figs. 1 y 2).

COMENTARIO

Ante un paciente con un cuadro de síbilancias recurrentes los diagnósticos diferenciales a considerar son los siguientes: asma, insuficiencia cardíaca congestiva, cuerpo extraño traqueal o bronquial, tos ferina, fibrosis quística y bronconeumonías bacterianas⁽⁴⁾.

En el caso que presentamos, el diagnóstico de hernia diafragmática se realizó a partir de la auscultación de ruidos hidroaéreos a nivel torácico, junto con el hallazgo radiológico de asas intestinales a este nivel.

En una revisión publicada por Schimpl y cols.⁽³⁾ en el año 1993 sobre 7 casos de hernia diafragmática de presentación tardía, las formas de presentación clínica fueron: dificultad para la alimentación en un 42,8%, infección respiratoria en un 28,5%, bronquitis recurrente en un 14,2% y neumonías de repetición en un 14,2%. La edad media al diagnóstico fue de 2,5 años (1 mes-5 años).

El principal factor pronóstico de los recién nacidos con HDC es la severidad de la hipoplasia pulmonar; en este período, la clínica es florida y el diagnóstico no suele presentar problemas mientras que en niños mayores la sintomatología puede ser más inespecífica⁽²⁾. En estos casos la exploración física puede ser normal o apreciarse ruidos hidroaéreos o hipoventilación⁽¹⁾.

El diagnóstico diferencial incluye consolidaciones neumónicas, quistes hidatídicos, tumores mediastínicos y pulmonares, lesiones cavitarias tuberculosas, abscesos y bronquiectasias⁽¹⁾.

Debemos destacar que la realización de una historia clínica completa, una exploración física cuidadosa y exploraciones complementarias sencillas como la Rx simple de tórax permiten el diagnóstico precoz de este tipo de patología.

BIBLIOGRAFÍA

1. De la Torre Quirarte ML, Fuentes Calvo M, Galán Calvo MJ y cols. Hernia bilateral de Morgagni de diagnóstico tardío. *Act Ped Esp*1995; **53**: 517-520.
2. Fotter R, Schimpl G, Sorantin E, Fritz K, Landler V. Delayed presentation of congenital diaphragmatic hernia. *Pediatr Radiol*1992;**22**: 187-192.
3. Schimpl G, Fotter R, Sauer H. Congenital diaphragmatic hernia presenting after the newborn period. *Eur J Pediatr*1993;**152**: 765-768.
4. Stern RC. Bronquiolitis aguda. En: Behrman RE. *Nelson Tratado de Pediatría* vol. 2. Madrid: Interamericana McGraw-Hill, 1992 (2ª edición); 1310-1312.