

Hernia paraesofágica gigante con riesgo de torsión en un paciente de 84 años

Mario Gastañaga Ugarte^a, Jerónimo Sánchez Sánchez^a, Ramón Rodríguez Borrego^b, Maximiliano Rodrigo Rodríguez^c y Joaquín Benito Díaz^d

^aServicio Médico de RM. Diputación Provincial de Salamanca. Salamanca. España.

^bServicio de Urgencias. Hospital Clínico. Salamanca. España.

^cServicio de Aparato Digestivo. Hospital Clínico. Salamanca. España.

^dCentro de Diagnóstico y RM. Salamanca. España.

Se expone la vicisitud diagnóstica de una hernia paraesofágica de gran tamaño con riesgo de torsión en un varón de 84 años que gozaba de buen estado general y no tenía antecedentes clínicos de interés hasta la noche anterior, cuando se despertó sintiendo disnea y dolor mal localizado en el epigastrio, acompañado de un pico febril.

Tras el breve interrogatorio con respuestas muy ambiguas que no resultaron concluyentes, con los datos de la exploración física, el electrocardiograma y los resultados de la analítica de urgencia y el nivel hidroaéreo que demostró la radiografía de tórax en bipedestación, se realizó el diagnóstico principal. Se descartó un infarto agudo de miocardio o una embolia pulmonar.

Una vez estabilizado el paciente, se solicitó esofagogastroscofia; a las pocas horas se le sometió al resto de las exploraciones complementarias, tránsito intestinal, enema opaco y tomografía computarizada (TC), cuyos resultados motivan la discusión genérica del caso y la revisión bibliográfica desde una perspectiva geriátrica.

Se constata la escasa publicación de artículos sobre hernias diafragmáticas gigantes en personas octogenarias y se comenta la aportación de las técnicas empleadas en el diagnóstico.

Palabras clave

Hernia hiatal. Hernia paraesofágica. Hernia diafragmática congénita. Barrett. Morgagni-Larrey. Bochdaleck.

Large paraesophageal hernia at risk of torsion in an 84-year-old man

We describe the diagnosis of a large paraesophageal hernia that showed a risk of torsion in an 84-year-old man who had good health status and no clinical antecedents of interest until the previous night when he woke up and felt dyspnea, some pain located in the epigastrium and a fever spike.

Correspondencia: Dr. M. Gastañaga Ugarte.

Servicio Médico de RM. Diputación Provincial de Salamanca.

Hospicio, 2. 37500 Ciudad Rodrigo (Salamanca). España.

Correo electrónico: mariogu@lasalina.es

After a short interview with ambiguous and inconclusive answers, the main diagnosis was based on the data obtained from the physical examination, the electrocardiogram, the results of the emergency blood tests, and the hydroaerial level that appeared on the standing chest x-ray; acute myocardial infarction and pulmonary embolism were excluded.

Once the patient was stabilized, esophagogastroscoy was requested and some hours later the patient underwent the remaining examinations: intestinal transit, opaque enema and computed tomography scan, which are described in the text. The results of these examinations form the basis of a generic discussion about this case and a literature review from point of view of geriatrics.

Few cases of large diaphragmatic hernias in octogenarians have been reported in the literature. We discuss the contribution of the techniques used in the diagnosis of this entity.

Key words

Hiatal hernia. Paraesophageal hernia. Congenital diaphragmatic hernia. Barrett. Morgagni-Larrey. Bochdaleck.

INTRODUCCIÓN

Considerada en el sentido más amplio, la hernia diafragmática es el paso al tórax de vísceras abdominales a través del diafragma por: a) defectos congénitos del cierre de los canales pleuroperitoneales que deben ocluirse prenatalmente, entre la octava y la décima semana de gestación, por los llamados agujeros de Morgagni y Bochdaleck; b) heridas traumáticas, y c) el orificio natural del hiato esofágico.

Algunas veces, las hernias diafragmáticas tienen un origen congénito que, en los casos menos graves, pueden permanecer silentes y manifestarse tardíamente en el adulto por complicaciones digestivas o por cualquier circunstancia.

La sistematización de la afección diafragmática contempla las malformaciones congénitas y las roturas del diafragma causadas por los grandes traumatismos (o las heridas por arma blanca), como origen de hernias de contenido abdominal a la cavidad torácica. Las hernias diafragmáticas

congénitas son de diagnóstico pediátrico, pero en un reciente pasado algunas más leves podían pasar inadvertidas, como tantas otras peculiaridades congénitas (como las dextrocardias, los *situs inversus* o las acondroplasias fustres), hasta la edad adulta y descubrirse tardíamente de manera accidental en un reconocimiento rutinario o porque comienzan a producir síntomas propios.

En la afección del diafragma las hernias más frecuentes son las hiatales. Por el hiato esofágico ensanchado puede deslizarse cranealmente parte del estómago, incluso acompañado de asas intestinales, y causar esofagitis péptica y esófago de Barrett con patología insidiosa que resuelve la técnica quirúrgica.

A través del orificio natural del hiato esofágico se describen dos tipos de hernias según la posición del cardias. Si el cardias rebasa cranealmente el diafragma, es una hernia esofágica por deslizamiento, y si permanece en su posición normal, es una hernia paraesofágica. Así, la Clasificación de Enfermedades del Diafragma CIE.9.MC reserva el diagnóstico de hernia esofágica al deslizamiento craneal del cardias a través del hiato y define la hernia paraesofágica como el paso del estómago por el hiato (con o sin omentos), pero sin desplazamiento del cardias. Otras clasificaciones contemplan un tercer tipo llamado mixto, con ambas características.

La patología diafragmática de manifestación tardía y la clínica banal del hiato esofágico son relativamente frecuentes en la especialidad geriátrica. La incidencia de la hernia hiatal se estima en 5/1.000 habitantes en población general¹, aunque su verdadera incidencia es difícil de determinar debido a que un gran número de pacientes son asintomáticos. La edad de presentación es más frecuente entre la cuarta y la sexta décadas de la vida y no existe diferenciación en cuanto al sexo².

El tratamiento es fundamentalmente quirúrgico en los casos graves o insidiosos.

En geriatría, encontrar en un paciente el estómago, el colon transversal y los omentos en la cavidad torácica resulta relativamente infrecuente y el diagnóstico etiológico es controvertido³. Presentamos un caso poco frecuente en el ámbito geriátrico.

CASO CLÍNICO

Paciente varón, de 84 años de edad, viudo desde hace 15 años, sin hijos y sin alergias medicamentosas conocidas. Había sido intervenido de hernia inguinal en su juventud. No seguía ningún tratamiento farmacológico previo.

El paciente acudió a consulta por un proceso febril con disnea de esfuerzo, dolor torácico opresivo retroesternal, intermitente, no irradiado y de 48 h de evolución. No tenía palpitations, oliguria ni semiología de reflujo, y no refería cambios en el hábito intestinal.

En la exploración física estaba normotenso, con buen estado general, saturación de $O_2 = 82\%$, taquipnea leve,



Figura 1. Radiografía de tórax. Nivel de la cámara de gases del estómago y del intestino en el hemitórax derecho.

sobrepeso de grado I. La exploración cardiocirculatoria demostró: ingurgitación yugular a 30° ; auscultación: soplo sistólico más intenso en el ápex. En la auscultación pulmonar se apreciaron crepitantes bilaterales hasta campos medios. El abdomen era blando, doloroso a la palpación profunda en el epigastrio. No se palpaban masas ni visceromegalias. Los reflejos eran normales. Las extremidades inferiores presentaban un mínimo edema, sin fovea maleolar, y los pulsos pedios eran palpables.

Las pruebas complementarias fueron: hemograma: normal; bioquímica e iones: normales; marcadores cardíacos: normales; coagulación normal, con PCR = 3,20 mg/l.

Los resultados de la gasometría fueron: arterial: pH 7,44; pCO_2 , 50 mmHg; pO_2 , 50; bicarbonato, 25,2 ml/l; saturación periférica de O_2 mmHg, 82%.

En el electrocardiograma presentó ritmo sinusal, con bloqueo auriculoventricular de primer grado. La radiografía de tórax en bipedestación informó de cardiomegalia de grado II-III, con redistribución de vértices, sin imágenes de condensación pulmonar. Llama la atención los valores hidroaéreos típicos de la cámara de gases del estómago y de la haustras del intestino grueso (fig. 1).

Lo primero que se descartó fue un infarto agudo de miocardio, por el trazado electrocardiográfico y las cifras de los marcadores de sufrimiento cardíaco más precoces, las troponinas, que resultaron normales. La radiografía de tórax demostró la normalidad de la trama pulmonar. La insuficiencia respiratoria era muy ligera, no respondía a ningún patrón neumónico y se debía a la ocupación de gran parte del espacio torácico por las vísceras abdominales, que restringen la expansión pulmonar. No presentaba acidosis respiratoria, con pH y bases normales.

A la vez, y en tanto que la temperatura es muy lábil en los ancianos (y en los niños) y suele ser un dato a confirmar en sucesivos controles de cualquier pico febril, se des-

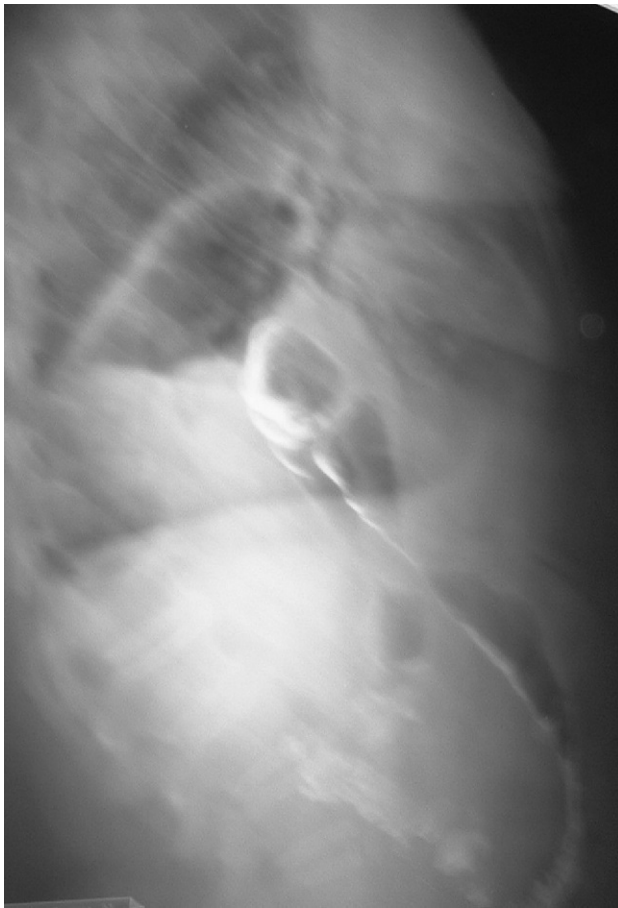


Figura 2. Enema opaco en que se observan las estructuras descritas en la radiografía simple de tórax.

cartó un foco de infección importante ante el descenso del pico febril que se anuló a las pocas horas con un antitérmico y en sucesivas termometrías.

Con el juicio clínico de posible infección respiratoria y hernia diafragmática gigante, se programaron técnicas de alta resolución.

Una vez estabilizado el enfermo, se solicitó la esofago-gastroscopia, que se interrumpió antes de completar la exploración por una ligera reacción vegetativa del anciano. La radiografía de tórax en vacío insinuó gas en la cavidad torácica. Se realizó un tránsito esofagogastroduodenal; se observó un esófago de características normales que se desplazaba lateralmente, con hiato en posición normal y proyección de todo el estómago en el tórax, lo que sugirió la presencia de una hernia de hiato paraesofágica. Un enema opaco (fig. 2) demostró una ampolla rectal con buena plenificación; el colon tenía múltiples imágenes diverticulares repartidas en todo el marco cólico, en relación con colon espástico diverticular. Llamó la atención la localización de la flexura esplénica y el colon transverso en

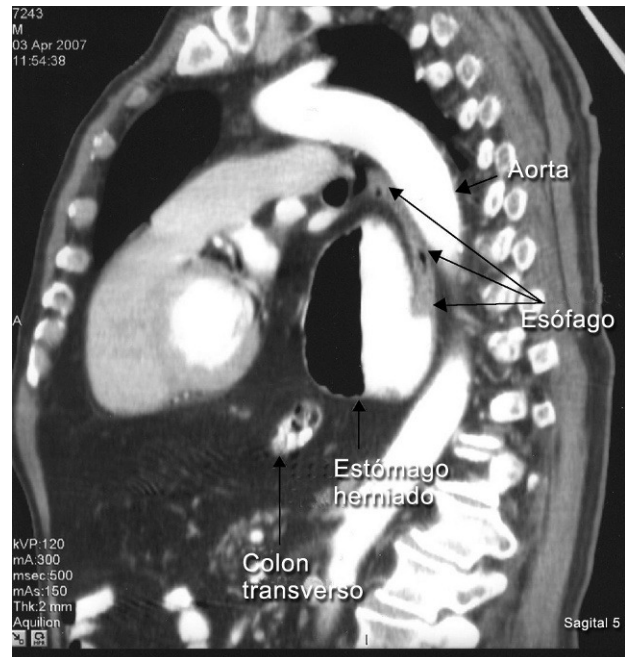


Figura 3. Tomografía computarizada abdominopélvica. El estómago comprime y desplaza posterolateralmente la aorta descendente.

la cavidad torácica a través del hiato. La tomografía computarizada (TC) toracoabdominal (fig. 3) evidenció herniación de colon transverso y estómago junto con el omento. Esta herniación producía una cierta compresión y un desplazamiento posterolateral izquierdo de la aorta descendente. Se observaron múltiples divertículos en todo el marco cólico, en cuyo interior se evidenció material hiperdenso en relación con el contraste baritado por estudio previo. El diagnóstico final fue de hernia paraesofágica gigante con riesgo de torsión.

DISCUSIÓN

Según evidencia la radiografía de tórax, se trata de una hernia diafragmática, entendiéndose por tal, y en sentido amplio, la penetración de una o más vísceras abdominales en el tórax a través de un orificio normal o anormal del diafragma.

La controversia se centra en la posible existencia de una solución de continuidad en la porción medial y posterolateral del hemidiafragma izquierdo, o hernia diafragmática de origen congénito de Bochdaleck, de la cual se han descrito algunos casos en varones octogenarios⁴⁻⁶, incluso en autopsias de cadáveres de ancianos⁷.

En ausencia de traumatismo grave, una solución de continuidad del diafragma puede tener un origen congénito y

responde a la hernia diafragmática de Bochdaleck. La descripción del gran contenido herniado en el tórax, el estómago, el colon y los omentos, la califican de tamaño gigante. Sener et al⁸ realizaron una distinción entre hernias grandes y pequeñas, y hallaron que en la mayoría de los pacientes la hernia de Bochdaleck era pequeña y contenía sólo una pequeña cantidad de grasa. Las hernias diafragmáticas de Bochdaleck que contengan colon son poco frecuentes y la mayoría son del lado izquierdo. La rotura diafragmática ocurre en el 25% de los traumatismos torácicos y abdominales y la rotura traumática del diafragma es más común en la parte izquierda del cuerpo. Esta herida interna puede ser diagnosticada inmediatamente, pero también puede pasar inadvertida. Algunos pacientes pueden quedar sin diagnosticar, mientras que otros presentarán síntomas relacionados con la estrangulación que lleven a su descubrimiento.

El paciente descrito, veterano del ejército en África, durante su vida militar sólo participó en ejercicios de instrucción, maniobras, marchas y desfiles. Tampoco recordaba haber estado enfermo, e insistía que tan sólo le habían operado de hernia inguinal en Ceuta. Licenciado del servicio, dedicó al campo la segunda etapa de su vida y no nunca tuvo un accidente tráfico, que suele ser causa frecuente de hernias diafragmáticas adquiridas en el adulto. Las hernias diafragmáticas congénitas se producen a través de defectos de conjunción del entramado músculo-tendinoso, que se forma a partir de la octava semana de gestación, cuando las membranas pleuropulmonares no cierran suficientemente los canales peritoneales posteriores y dejan un hiato pleuroperitoneal o agujero de Bochdaleck.

Si el defecto se produce en los pilares retroesternales anteriores, se produce la hernia de Morgagni-Larrey que es mucho más rara^{9,10}. En la radiografía de tórax se puede evidenciar una masa dependiente de tejidos blandos en el mediastino posterior con nivel hidroaéreo en el caso de grandes hernias. Todos estos datos descartan la probabilidad de una hernia de Bochdaleck y refuerzan el diagnóstico de hernia a través del hiato esofágico. Los estudios complementarios localizarán el cardias en su posición normal y se concluye el diagnóstico de hernia paraesofágica y por el tamaño gigante.

Los estudios con contraste baritado son más exactos si se logra definir la relación del hiato con la unión esofago-gástrica y si se aprecia desplazamiento del cardias se diagnostica hernia hiatal por deslizamiento. Otro hallazgo radiográfico incluye la presencia de pliegues gástricos en posición supradiafragmática¹¹. En el caso de hernias paraesofágicas, estos estudios con medio de contraste muestran la porción de estómago situado por encima del diafragma con la unión gastroesofágica situada en posición normal a nivel del diafragma. Su exactitud en el diagnóstico de hernias paraesofágicas es mayor que en las hernias por deslizamiento porque éstas pueden reducirse espontáneamente¹². Las hernias paraesofágicas se ven mejor con

el endoscopio en retroflexión, donde se aprecia el fondo gástrico herniándose a lo largo del esófago, mientras la unión gastroesofágica permanece en posición normal¹³.

La aportación de la TC al diagnóstico de las hernias diafragmáticas mediante cortes contiguos es complementaria, tanto en la localización del esfínter gastroesofágico o, en su caso, evidenciando la rotura diafragmática, como la magnitud y el contenido del saco herniario. El protocolo rutinario permite ajustar cortes contiguos colimados para el tórax y el abdomen con una apropiada inclinación justo por encima del diafragma hacia el comienzo de la pelvis. El contraste por vía oral o intravenosa depende de las indicaciones clínicas. La gran resolución conseguida por los modernos aparatos ha contribuido a los avances del diagnóstico por TC¹⁴.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

En nuestro caso, el paciente rechazó la operación quirúrgica, y estando asintomático, quedó en actitud expectante. El curso de una hernia paraesofágica es impredecible y debe valorarse su corrección quirúrgica, aun en ausencia de sintomatología y de forma independiente de su tamaño, dado su potencial de complicaciones, incluidas la torsión, la estrangulación o la perforación gástrica, que obligarían a intervenciones de urgencia con mayor peligro para el paciente^{15,16}.

Agradecimientos

A la Srta. Amanda Cabo Pan, de la Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, por su directa colaboración en el rastreo bibliográfico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jonson DA, Ruffin WK. Hiatal hernia. *Gastrointest Endosc.* Clin N Am. 1996;6:641-66.
2. Ellis H. Diafragmatic hernia diagnostic challenge. *Postgrad Med J.* 1986;62:325-27.
3. Muguera Hguet JM, Picardo Nieto A, Yebenes ML, Díez Valladares L, Argüello de Andrés JM, García Mendiz J, et al. Bochdaleck hernia in adults. Apropos of case in the right side. *Rev Esp Enferm Dig.* 1990;77:287-9.
4. La Ganga V, Rossi G, Montobbio A, Galone M. Bochdaleck's diaphragmatic hernia in adults. *Minerva Chir.* 1999;54:443-5.
5. Perich P, Nouck W, De Anda A Jr. Symptomatic Bochdaleck hernia in adults. *Ann Thorac Surg.* 2002;73:1288-9.
6. Olearchyk AS. Diaphragmatic defect with peritoneopericardial communication. *Tex Heart Inst J.* 2003;30:328-31.
7. Chandraraj S, Briggs CA. Congenital diaphragmatic hernia though the oesophageal hiatus with nonrotation of the midgut. A case report. *J Anat.* 1991;178:265-72.
8. Sener RN, Tugran C, Yomlmaz I, Dagdeviren A, Orguc S. Bilateral large Bochdaleck hernias in an adult CT demonstration. *Clin Imaging.* 1995;19:40-2.
9. Fraser RG, Paré PJA. Diagnóstico de las enfermedades del tórax. 2ª ed. Barcelona: Salvat; 1982. p. 2126-38.

10. Lev-Chelouche D, Ravid A, Michowitz M, Klausner JM, Kluger Y. Morgagni hernia: unique presentations in elderly patients. *J Clin Gastroenterol.* 1999;28:81-2.
11. Eisenberg RL. *Gastrointestinal Radiology.* Philadelphia: Lippincott Company; 1983. p. 150-68.
12. Peters JH, De Meester TR. Gastroesophageal and Hiatal hernia. En: Zinder MJ, Schwartz SL, Ellis H, editors. *Maingot's Abdominal Operations.* 10.^a ed. Philadelphia: Appleton and Lange; 1997. p. 787-942.
13. Boyce HW. Endoscopic definitions of esophagogastric junction regional anatomy. *Gastrointest Endosc.* 2000;51:586-92.
14. Mullins ME, Stein J, Saini SS, Mueller PR. Prevalence of incidental Bochdaleck's hernia in a large adult population. *AJR.* 2001;177:363-6.
15. Ganter WA, Patti MG, Acerito M. Laparoscopic repair of paraesophageal hiatal hernias. *J Am Coll Surg.* 1998;186:428-33.
16. Wu JS, Dunnegan DL, Soper NJ. Clinical and radiologic assessment of laparoscopic paraesophageal hernia repair. *Surg Endosc.* 1999;13:497-502.