

Hernia hiatal mixta congénita gigante en lactante de cuatro meses

M. Jiménez Muñoz, I.L. Benítez Gómez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

RESUMEN

Introducción. La hernia hiatal congénita es poco frecuente, con una edad media de presentación a los 28 meses de vida. Las hernias paraesofágicas/mixtas provocan más frecuentemente infecciones respiratorias repetitivas, vómitos, anemia y fallo de medro.

Caso clínico. Nos encontramos ante un lactante de 4 meses que presenta irritabilidad desde el nacimiento y rechazo parcial de las tomas en las últimas 24 horas. En el tránsito esófago-gastro-duodenal se evidencia un estómago parcialmente intratorácico. Tras realizarse una tomografía computarizada toraco-abdominal, se plantean como diagnósticos hernia hiatal mixta gigante vs. hernia diafragmática posterolateral derecha vs. esófago corto congénito. Intraoperatoriamente se visualiza hernia hiatal mixta gigante, realizándose herniorrafia laparoscópica y funduplicatura de Nissen.

Comentarios. Las hernias con afectación diafragmática más frecuentes en Pediatría son la hernia de Bochdalek y de Morgagni. La hernia hiatal produce más frecuentemente síntomas gastrointestinales; así, el tratamiento es quirúrgico, con el objetivo de evitar o minimizar dichos síntomas y prevenir las consecuencias de la volvulación gástrica.

PALABRAS CLAVE: Hernia hiatal; Hernia diafragmática; Hernia paraesofágica; Lactante

hiatal hernia, right posterolateral diaphragmatic hernia, and congenital short esophagus being considered as potential diagnoses. A giant mixed hiatal hernia was noted during surgery. Laparoscopic herniorrhaphy and Nissen fundoplication were performed.

Discussion. In the pediatric population, Bochdalek's hernia and Morgagni's hernia are the most frequent congenital diaphragmatic hernias. Hiatal hernia is rare and causes gastrointestinal symptoms more frequently. Surgery is the treatment of choice, with the objective of preventing or minimizing these symptoms as well as gastric volvulus.

KEY WORDS: Hiatal hernia; Diaphragmatic hernia; Paraesophageal hernia; Infant.

CONGENITAL MIXED GIANT HIATAL HERNIA IN A FOUR-MONTH-OLD INFANT

ABSTRACT

Introduction. Congenital hiatal hernia is a rare pathology, presenting at 28 months of age on average. Paraesophageal/mixed hernias cause recurrent respiratory infections, vomiting, anemia, and growth failure.

Clinical case. Four-month-old infant, with irritability since birth and partial feeding intolerance in the last 24 hours. A partial intrathoracic stomach was evidenced in the esophago-gastro-duodenal contrast study. A thoraco-abdominal CT scan was carried out, with giant mixed

INTRODUCCIÓN

La hernia de hiato congénita es una patología muy poco frecuente, siendo la edad media de presentación alrededor de los 28 meses de vida, aunque existen casos descritos hasta los 14 años^(1,2).

La hernia de hiato puede ser por deslizamiento (95%) [pérdida del ángulo de His, con unión esofagogástrica elevada, formando el esófago y el estómago un tubo recto con una constricción proximal (EEI, esfínter esofágico inferior) y una distal (hiato); asocia frecuentemente RGE (reflujo gastroesofágico)]^(3,4) o paraesofágica (5%) (el ángulo de His se mantiene, la unión esofagogástrica se sitúa por debajo del diafragma; parte del fundus gástrico se hernia sobre el diafragma a través del hiato esofágico, quedando dicho segmento al lado del esófago; asocia menos frecuentemente RGE)⁽³⁾. Con el tiempo, una hernia paraesofágica puede acabar traccionando de la unión esofagogástrica, convirtiéndola en una hernia mixta⁽⁵⁾ (Fig. 1).

La sintomatología de la hernia de hiato es variable, desde ser asintomática, siendo un hallazgo casual en pruebas de imagen, hasta síntomas secundarios a esofagitis por RGE. En el caso de las hernias paraesofágicas/mixtas, son más frecuentes las infecciones respiratorias de repetición, broncoaspiración, obstrucción bronquial, vómitos, hematemesis, melenas, anemia sintomática, fallo de medro, disfagia y saciedad precoz⁽⁶⁾. Las complicaciones más frecuentes son el vólvulo gástrico con

Correspondencia: Dra. María Jiménez Muñoz. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Av. Manuel Siurot, s/n. 41013 Sevilla.
E-mail: mariajmnm@gmail.com

Presentado en formato "Póster Electrónico sin Defensa" en el 67º Congreso de la Asociación Española de Pediatría (AEP). Burgos. 6, 7 y 8 de junio de 2019.

Recibido: Agosto 2019

Aceptado: Octubre 2019

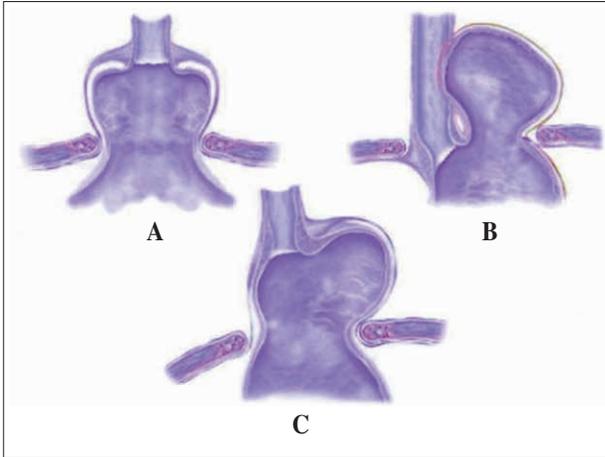


Figura 1. Diagrama esquemático de los distintos tipos de hernias hiatales: hernia por deslizamiento (A), hernia paraesofágica (B) y hernia mixta (C).

obstrucción del píloro y la estrangulación, necrosis e incluso perforación gástrica, que son poco frecuentes en niños^(7,8).

El diagnóstico de presunción inicial de la hernia paraesofágica-mixta se realiza ante la visualización de una masa quística en mediastino posterior o paramedial derecha en la radiografía

simple de tórax⁽⁹⁾, observándose menos frecuentemente niveles hidroaéreos en la masa y dilatación esofágica. El diagnóstico se confirma con el estudio radiológico contrastado esofago-gastro-duodenal, que muestra parte del estómago ocupando el mediastino posterior, con posible volvulación sobre su eje axial; con menos frecuencia, la hernia está formada por colon, bazo y/o intestino delgado. La tomografía computarizada (TC) solo es útil en caso de dudas diagnósticas.

Su tratamiento ha de ser quirúrgico, aunque el paciente esté asintomático^(9,10). El objetivo principal del mismo en casos sin compromiso pulmonar es evitar o minimizar la sintomatología digestiva, incluido el RGE, así como prevenir las consecuencias de la volvulación gástrica.

CASO CLÍNICO

Lactante de 4 meses que acude a urgencias por crisis de llanto e irritabilidad desde el nacimiento, con mayor inquietud y rechazo parcial de las tomas en las últimas 24 horas; no vómitos ni otra sintomatología; buena ganancia ponderoestatural y no clínica respiratoria. Había sido valorada a los 3 meses por el servicio de Gastroenterología de centro privado para despistaje de RGE o APLV (alergia a proteínas de leche de vaca), donde realizan ecografía abdominal y estudio contrastado esófago-

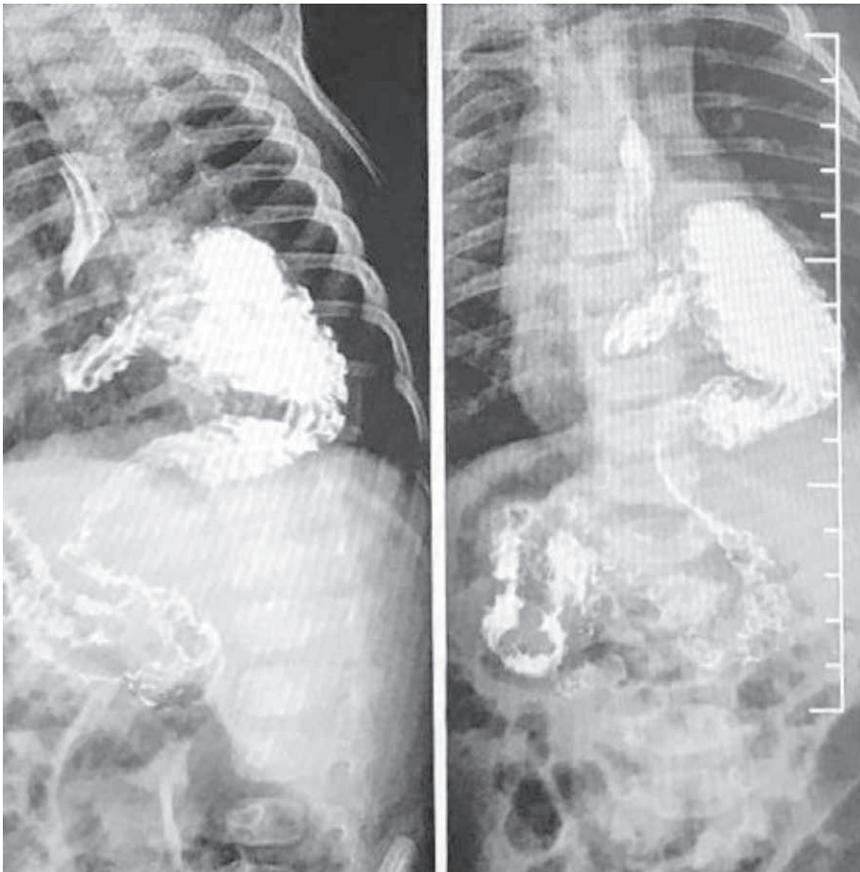


Figura 2. Estudio contrastado esofago-gastro-duodenal, que muestra ascenso de la unión esofagogastrica y de 2/3 de la cámara gástrica hacia la cavidad torácica.



Figura 3. Radiografía simple anteroposterior de tórax: se visualiza masa paracardial derecha.

gastro-duodenal (Fig. 2), evidenciándose parte del estómago en cavidad torácica, sin herniación de otras vísceras. A la exploración física, buen estado general, afebril, SatO₂ 98-99%, presión arterial 100/70 mmHg, FC 137 lpm; auscultación pulmonar con

buena entrada de aire bilateral y dudosos ruidos hidroaéreos en hemitórax derecho; abdomen blando y depresible, sin masas ni megalias, no doloroso a la palpación, no signos de irritación peritoneal, y con ruidos hidroaéreos aumentados.

Ingresa en la unidad de Cirugía Pediátrica por sospecha de hernia de hiato vs. hernia diafragmática. Se realiza radiografía simple de tórax, donde se observa masa paracardial derecha (Fig. 3); ecografía toraco-abdominal, visualizándose parte del estómago en hemitórax derecho con abundante peristalsis, siendo los hallazgos sugestivos de hernia diafragmática posterior derecha vs. hernia de hiato. Se decide la realización de TC toraco-abdominal con contraste (Fig. 4), donde se evidencia un ascenso tanto de la unión esofagogástrica como de 2/3 de la cámara gástrica, con aparente malrotación gástrica intratorácica organoaxial sin signos que sugieran obstrucción y/o estrangulamiento, y sin apreciar pulmón derecho hipoplásico; por artefactos del movimiento, no se pudo determinar si se trataba de una disrupción diafragmática o de un hiato esofágico amplio, por lo que en el diagnóstico diferencial se plantearon hernia de hiato mixta gigante vs. hernia diafragmática posterolateral derecha vs. esófago corto congénito asociado a estómago intratorácico. Se indica intervención quirúrgica, con hallazgo de hernia de hiato mixta gigante, realizándose reducción del contenido herniario, resección del saco, herniorrafia laparoscópica y funduplicatura de Nissen.

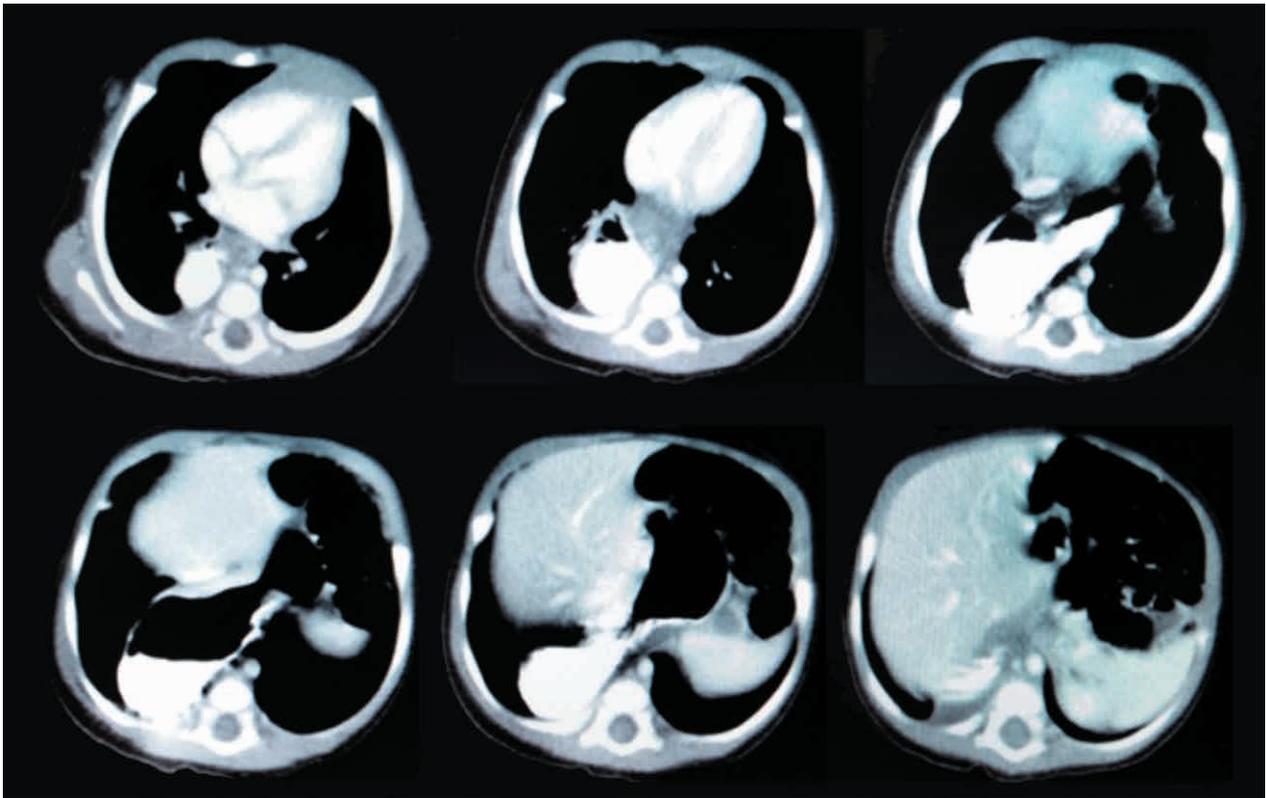


Figura 4. TC toraco-abdominal con contraste, que muestra un ascenso de la unión esofagogástrica y de 2/3 de la cámara gástrica, con aparente malrotación gástrica intratorácica organoaxial sin signos de obstrucción y/o estrangulamiento, y sin apreciar pulmón derecho hipoplásico.

La paciente presentó evolución favorable durante el postoperatorio inmediato en UCI-P y estancia en hospitalización, con buen estado general, afebril, buen control del dolor y tolerando vía oral de forma adecuada y con tránsito intestinal normal.

COMENTARIOS

Las hernias diafragmáticas y hernias de hiato congénitas se producen por la existencia de un trastorno en el desarrollo embrionario del diafragma, siendo variable la ubicación y el tamaño. Es posible un diagnóstico prenatal por ecografía, aunque en los últimos años se está utilizando cada vez más la RMN (resonancia magnética nuclear), dada su utilidad diagnóstica, pronóstica y terapéutica en caso de terapia intrauterina para casos de alta gravedad; además, es superior a la ecografía en la evaluación de anomalías asociadas⁽³⁾.

Si bien, las más frecuentes en pediatría son la hernia diafragmática de Bochdalek (posterolateral, frecuentemente izquierda) y la de Morgagni (ventral y paraesternal, frecuentemente derecha), ante casos dudosos debemos tener en cuenta en el diagnóstico diferencial la hernia de hiato, que, a diferencia de las anteriores, produce más frecuentemente síntomas gastrointestinales. El tratamiento es quirúrgico en los tres casos, mediante reparación del hiato con fijación del estómago en la cavidad abdominal y, frecuentemente, realización de técnica anti-reflujo (funduplicatura de Nissen)⁽¹¹⁾. El principal objetivo, en casos sin compromiso pulmonar, es evitar o minimizar la sintomatología digestiva, incluido el RGE, así como prevenir las consecuencias de la volvulación gástrica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Karpelowsky J, Wieselthaler N, Rode H. Primary paraesophageal hernia in children. *J Pediatr Surg.* 2006; 41: 1588-93.
2. Chandrasekar S, Welch RJ, Watson H. Congenital mixed hiatus hernia in a neonate. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2006; 91: F317.
3. Maggiolo J, Rubilar L, Girardi G, Pérez L. Hernia diafragmática en pediatría. *Neumol Pediatr.* 2016; 11: 85-9.
4. Karhriks P, Kim H, Pandolfino J. Approaches to the diagnosis and grading of hiatal hernia. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2008; 22: 601-16.
5. Storch de Gracia Calvo P, Novoa Carballal R, Fernández García M, Albi Rodríguez G. Hernia de hiato paraesofágica congénita como causa de anemia grave hiporregenerativa. *An Pediatr (Barc).* 2011; 75: 427-8.
6. Sinaki B, Jayabose S, Sandoval C. Iron deficiency anemia associated with hiatal hernia: case reports and literature review. *Clin Pediatr.* 2010; 49: 984-5.
7. Imamoglu M, Cay A, Kosucu P, Ozdemir O, Orhan F, Sapan L, et al. Congenital paraesophageal hiatal hernia: pitfalls in the diagnosis and treatment. *J Pediatr Surg.* 2005; 40: 1128-33.
8. Al-Salem AH. Congenital paraesophageal hernia with intrathoracic gastric volvulus in two sisters. *ISRN Surg.* 2011; 2011: 856568.
9. Yazici M, Karaca I, Etensel B, Temir G, Günsar C, Güçlü C, et al. Paraesophageal hiatal hernias in children. *Dis Esophagus.* 2003; 16: 210-3.
10. Jetley N, Al-Assiri A, Al Awadi D. Congenital paraesophageal hernia: a 10 year experience from Saudi Arabia. *Indian J Pediatr.* 2009; 76: 489-93.
11. Garvey EM, Ostlie DJ. Hiatal and paraesophageal hernia repair in pediatric patients. *Semin Pediatr Surg.* 2017; 26: 61-6.