

*HERNIAS DIAFRAGMATICAS EPIPLOICAS DANDO
IMAGENES PSEUDO - QUISTICAS EN LA BASE
PULMONAR DERECHA (*)*

Dr. F. García Capurro
(Prof. Agreg. de Radiología)

Dr. Manuel Arias Bellini
(Asistente de Radiología en el Inst. de Post Graduados)

En oportunidades anteriores, uno de nosotros (1, 2, 3, 4, 5) se ha ocupado por repetidas veces del diagnóstico de las hernias diafragmáticas en sus distintas variedades. La bibliografía mundial después de las primeras observaciones de Ambrosio Paré en 1610, se ha ido enriqueciendo progresivamente con numerosos trabajos que han hecho que el tema sea perfectamente conocido en su diagnóstico cuanto en su terapéutica, sin embargo esporádicamente aparecen algunas variedades de hernias diafragmáticas que merecen un comentario especial y en esta ocasión presentamos esta nueva comunicación a raíz de 4 observaciones que hemos tenido últimamente de hernias epiploicas diafragmáticas en la base pulmonar derecha que simulaban imágenes de quistes y que indujeron a errores de diagnóstico y quirúrgicos.

La revisión que hemos hecho de la bibliografía sobre el tema nos ha mostrado que esta variedad es poco conocida, no se ha tenido lo suficientemente en cuenta y que es conveniente llamar la atención sobre ella a los fines de evitar nuevos errores.

Recordamos que embriológicamente el diafragma puede sufrir distintas alteraciones que han sido catalogadas dentro de estas tres variedades: 1º imperfecta coaptación de los bordes oficiales a los órganos que lo atraviesan, que son esófago, aorta y vena cava.

(*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 22 de setiembre de 1948.

2º) Diástasis del músculo en los límites de los fascículos externo costales, foramen de Morgagni, costo lumbares, foramen de Bordalek y en la línea media de los esternales.

3º) Ausencia de la mitad posterior de uno de ambos diafragmas por falta de desarrollo de una o de ambas membranas pleuroperitoneales.

Las hernias que se producen al través de estos defectos congénitos pueden ser verdaderas hernias o pseudo hernias por no tener saco-peritoneal y veremos que esta particularidad en uno de los casos nos permitió realizar el diagnóstico correcto y suponemos que en los casos de hernias verdaderas también pueda ser un índice que traduzca al empleo del neumoperitoneo el origen herniario de la imagen pseudo-quística.

Los cuatro casos que hemos tenido ocasión de observar demostraron que la herniación se había producido al través del foramen de Morgagni, que recordamos que es un espacio de forma triangular que tiene el apex hacia el tendón central del músculo diafragmático y la base hacia el esternón y que está cubierto del lado torácico por la pleura y del lado abdominal por el peritoneo diafragmático.

Las hernias que se producen al través de este foramen tienen una vasta sinonimia de las cuales la terminología más habitual la señala con los nombres de hernia del foramen de Morgagni o de la fisura de Larrey, hernia sub-esternal o hernia para-esternal y que Harrington prefiere llamarlas hernias diafragmáticas sub-esternal (6, 7).

Aun cuando este tipo de hernia ha sido conocido desde hace muchísimos años (Morgagni en necropsias en 1769 la señalaba), es la menos común de las hernias diafragmáticas, ya que Harrington señala en su estadística que sobre 270 operaciones de hernias diafragmáticas, sólo 4 eran del foramen de Morgagni y de éstas sólo 2 contenían mesenterio exclusivamente, lo que indica la rareza de esta variedad.

La mayoría de las veces el hallazgo de estas formaciones es radiológico al realizar una investigación inducida por un cuadro digestivo vago (8), producido por esta malformación, o como hallazgo sorpresivo en exámenes profilácticos o en sujetos que concurren a consultar por otras molestias.

En razón de la posición de esta alteración que resulta inalcanzable a las exploraciones clínicas habituales, y la ausencia de una sintomatología clínica característica, el examen radiológico resulta en estos casos una investigación de gran importancia y por eso es necesario conducirla con ciertas reglas a los fines de no incurrir en errores de interpretación.

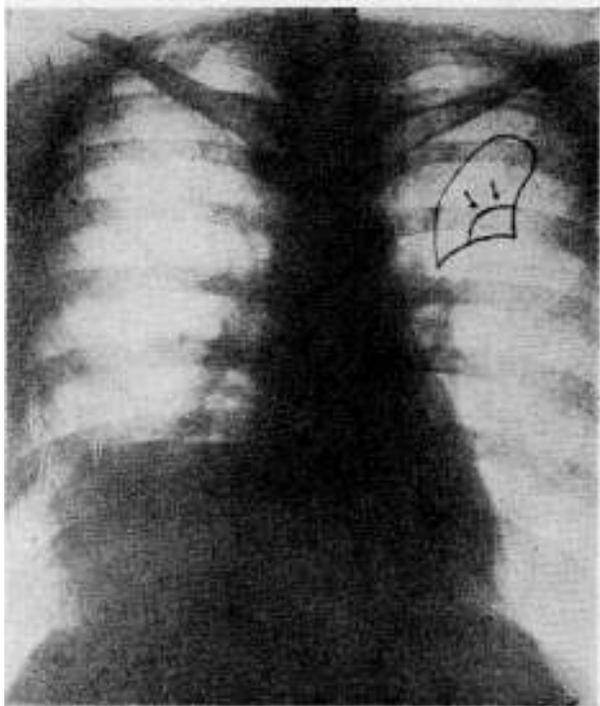
En presencia de una imagen densa, de contornos más o menos regulares y de densidad bastante homogénea, con características semejantes a un proceso quístico de la base pulmonar derecha, debe el examen radiológico observar las siguientes reglas: estudiar la funcionalidad diafragmática por radioscopia, observando las deformaciones que puedan producirse en la imagen anormal. Ubicar también radioscópicamente el sitio que la imagen contacta con el diafragma puesto que como veremos tiene gran importancia.

Podrán observar los caracteres intrínsecos de la imagen anormal y puntualizar con detención las características diafragmáticas y la relación de la imagen del contorno diafragmático con el proceso que se estudia.

Si estos exámenes hicieran pensar en la posibilidad de que estuviéramos en presencia de una hernia diafragmática es necesario: 1º estudiar el estómago, el duodeno y el colon para establecer la posición de esas vísceras huecas y además siempre que no se pudiera llegar a un diagnóstico exacto aplicar el neumoperitoneo tal como lo hemos preconizado en uno de nuestros trabajos puesto que creemos que es el único procedimiento que puede permitir asegurar en forma categórica el origen abdominal de la sombra de la base derecha.

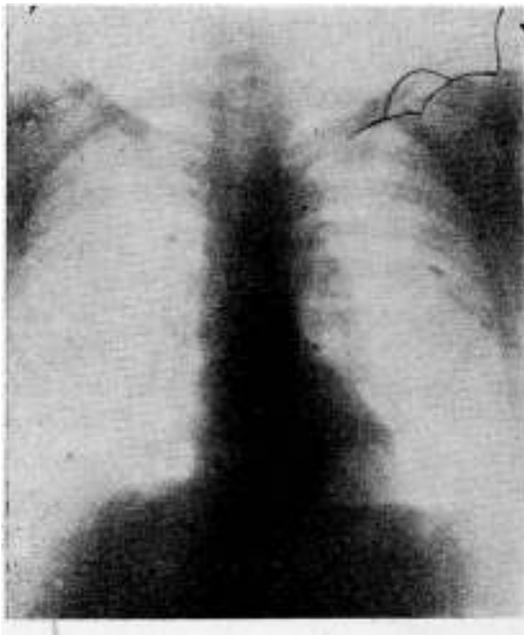
No nos extenderemos sobre los detalles de la utilización de estos procedimientos que han sido estudiados con extensión por uno de nosotros en oportunidades anteriores.

En nuestros 4 casos la sombra se presentó como una imagen redondeada que se proyectaba en el ángulo cardio-frénico derecho adyacente al diafragma y en íntimo contacto con el mismo y que expresando sus características en forma gráfica diríamos que es una imagen de tipo quístico que está pegada al diafragma en el segmento más anterior e interno del ángulo cardio-diafragmático y parietal anterior (Fig. 1 y 7).



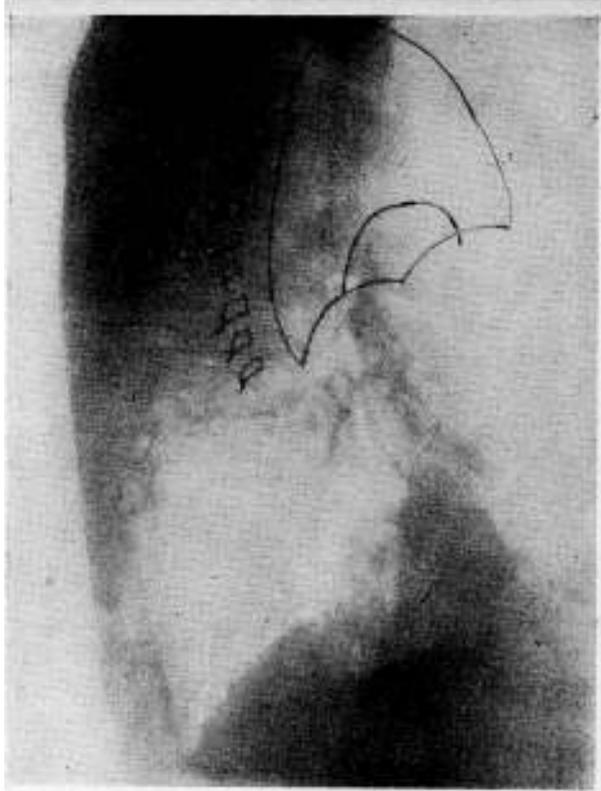
CASO A

FIG. 1. — Sombra densa proyectada en el ángulo cardio-frénico derecho, dibujando un sector de círculo, a contornos nítidos en su borde superior y atenuándose gradualmente la opacidad en su borde externo.

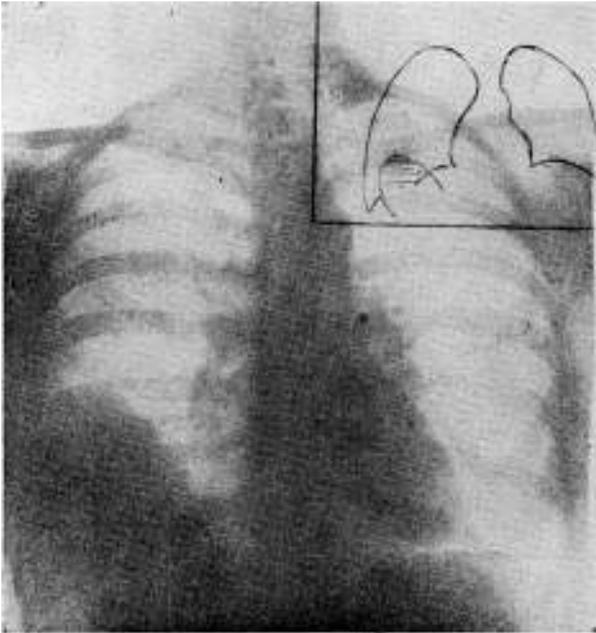


CASO B

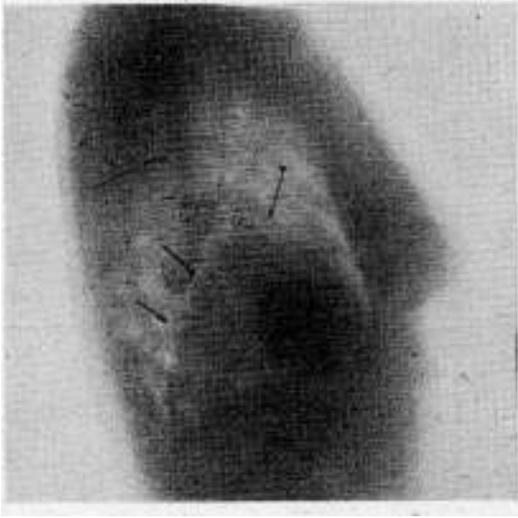
FIG. 2. — La parábola diafragmática está interrumpida en la base de la sombra pseudo-arcuística, los dos segmentos de arco se unen formando un ángulo obtuso. No hay elevación diafragmática.



CASO B
FIG. 3. — El perfil
señala también
esta característica
modificación dia-
fragmática.

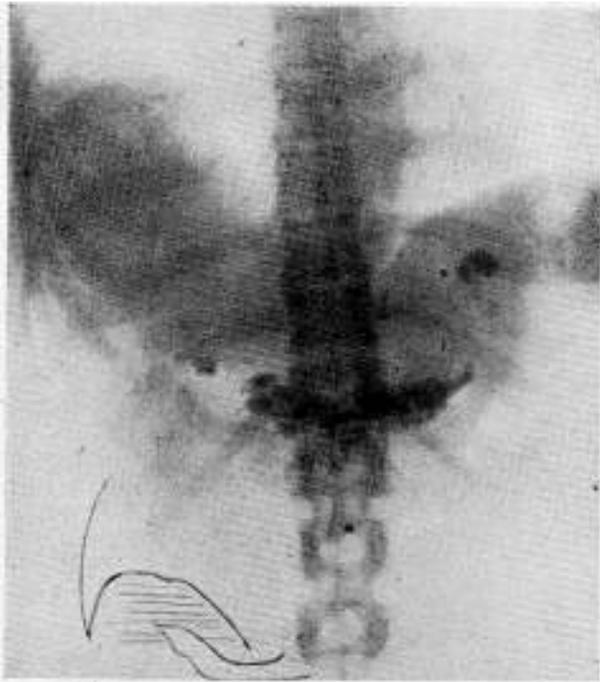


CASO C
FIG. 4. — Opacidad
de base derecha
que puede inter-
pretarse errónea-
mente como eleva-
ción diafragmática
por proceso sub-
frénico.



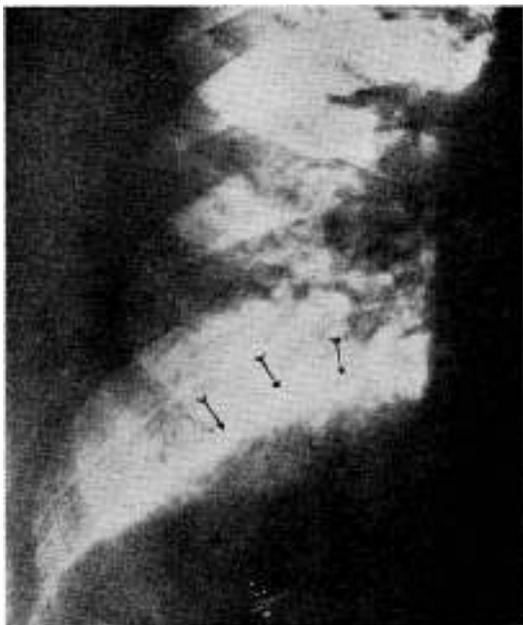
CASO C

FIG. 5. En el perfil se destaca bien el diafragma en posición normal.



CASO C

FIG. 6. — El estómago, particularmente en antro-píloro está desplazado, llevado hacia la derecha y elevado acercándose al hiatus diafragmático.



CASO D

FIG. 7. — En el ángulo cardio-frénico derecho se proyecta sombra densa de contorno cíclico.

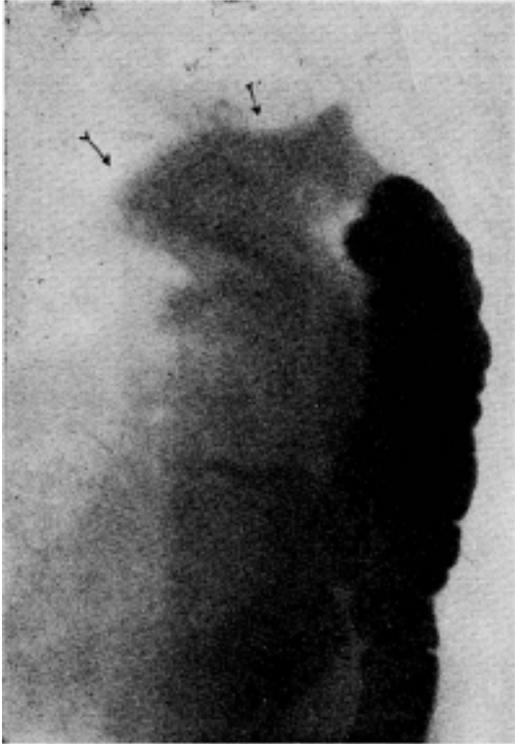


CASO D

FIG. 8. — Colon transverso elevado y angulado.

Esta imagen no forma un círculo completo sino que es más bien un segmento de tres cuartos de esfera, resultando amputada en su parte inferior en el sitio en que contacta con el contorno diafragmático (2, 3 y 7).

Insistimos sobre esta ubicación muy particular del proceso



CASO D

FIG. 9. — El perfil muestra el segmento elevado del colon transverso proyectado en el ángulo cardio-frénico subcostal anterior. Las figs. 7, 8 y 9 corresponden a un caso estudiado por el Dr. V. Añños de Rosario (R. A.).

de carácter pseudo quístico que excepcionalmente es igual en otros procesos de la base pulmonar.

La parábola diafragmática está interrumpida en la base de la sombra pseudo-quística, formando a cada lado de la misma dos segmentos de arco que se juntan en ese punto. Esta característica se observa en la imagen frontal y también en la imagen de perfil (Fig. 2, 3 y 5).

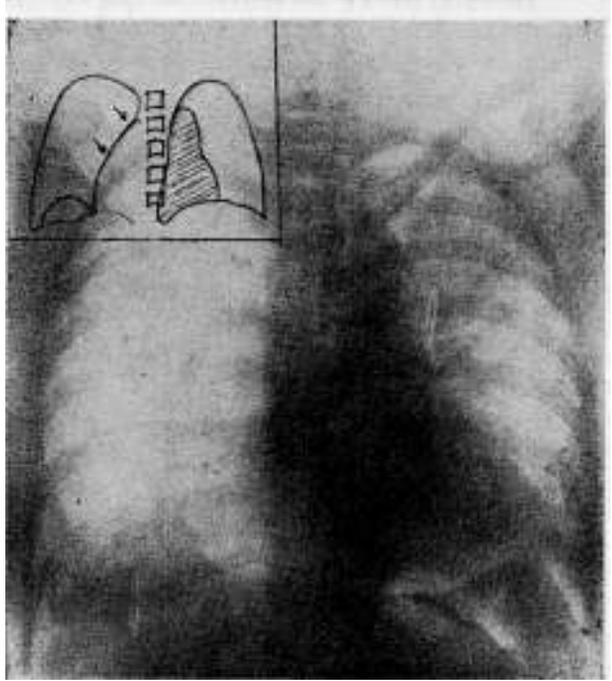
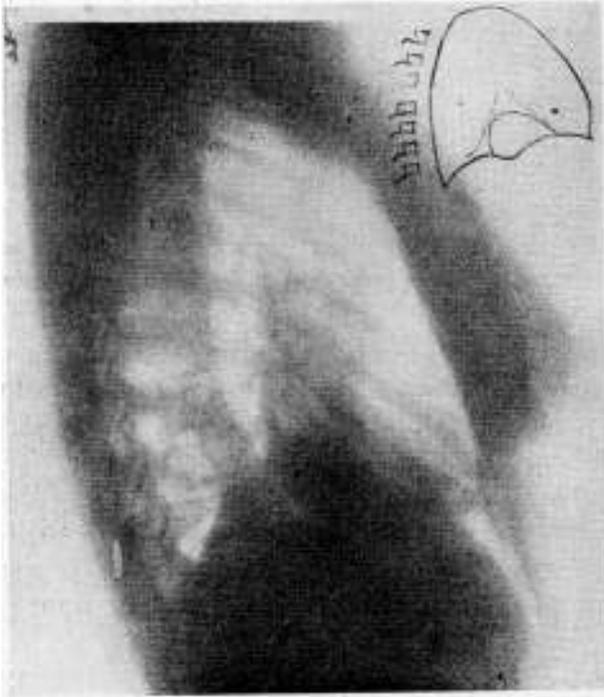


FIG. 10



CASO E

FIG. 10 y 11.

Pneumo-peritoneo, simultáneamente se produjo un neumotórax visualizándose el diafragma en posición normal con la interrupción diafragmática señalada.

En la observación radioscópica la dinámica diafragmática está profundamente modificada y por lo general en el sector adyacente a la sombra patológica, hay una inmovilidad relativa. El contorno diafragmático no está elevado mientras que en los quistes de la cara superior del hígado que se proyectan en esta situación generalmente hay un aumento de la glándula que produce una elevación diafragmática relativa.

El estudio de las vísceras huecas abdominales con contraste baritado puede ponernos en la pista del diagnóstico cierto, gracias a los siguientes síntomas:

El estómago y sobre todo la región antro-pilórica y duodenal están desplazados hacia la derecha y elevados, como si se acercaran al hiatus por donde se produce la hernia (Fig. 6).

Si se estudia el colon transversal se encontrará que el colon está alejado, fijo en posición alta y a veces forma un ángulo a vértice superior que parece querer insinuarse hacia el hiatus señalado (Fig. 8 y 9).

La confirmación del diagnóstico se puede realizar mediante un neumoperitoneo, que en uno de nuestros casos mostró que se trataba de una pseudo-hernia, ya que simultáneamente se produjo como consecuencia el neumoperitoneo un neumotórax (Fig. 10 y 11).

Resumen

Los autores llaman la atención sobre la imagen radiológica que presentan las hernias diafragmáticas de epiploon en la base pulmonar derecha, imágenes que por su característica simula un proceso quístico.

Precisan los signos que orientan el diagnóstico exacto: a) por los caracteres de la imagen redondeada amputada en su contacto diafragmático; b) parábola diafragmática interrumpida, no elevada; c) modificaciones de la dinámica diafragmática.

Aconsejan estudiar la topografía del gastro-duodeno y del colon, si no pudiera precisarse el diagnóstico preconizan la realización del neumoperitoneo que permite visualizar el diafragma perfectamente porque se produce simultáneamente un neumotórax.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

- 1) GARCIA CAPURRO (F.). — Diagnóstico radiológico de las imágenes hidroaéreas intratorácicas de origen digestivo. Tesis de Doctorado. Facultad de Medicina de Montevideo. 1936.
 - 2) GINES (A. R.) y GARCIA CAPURRO (F.). — Imágenes hidroaéreas de la base pulmonar derecha de origen digestivo. *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*. Tomo XVI. N° 3, págs. 240 a 255. Marzo 1940.
 - 3) ARIAS BELLINI (M.). — Hernia Diafrag. *Cong. Radiol. y Fisiot.* Vol. XIII. Pág. 7-10.
 - 4) GARCIA CAPURRO (F.) y PIAGGIO BLANCO (R.). — Semiología clínico-radiológica de los Tumores Abdominales. — 1 Tomo. Editor Espasa-Calpe Argentina, 1946.
 - 5) PIAGGIO BLANCO (R.) y GARCIA CAPURRO (F.). — Equinocosis pulmonar. — 1 Tomo. Editor "El Ateneo". Buenos Aires, 1938.
 - 6) HARRINGTON (S. W.). — Sub-esternal diaf. hernia. *Surg., Gynec. Obst.* 73, 601-614, 1941.
 - 7) RITVO-PATERSON. — Para-esternal Diaf. hernia. *Am. J. of Radiol.* Vol. 52, 4, 398-405, 1944.
 - 8) BOCKÛS (H. J.). — Gastroenterology. V. 1, pág. 151. Editor Saunders, 1944.
 - 9) KIRKLIN - HODGSON. — Diaf. Hernia. *Am. J. of R. V.*, 57, 1, 76-101, 1947.
-