

HERNIA DIAFRAGMATICA EN UN LACTANTE

Dr. Ricardo Yannicelli.

Aunque este caso no es intervenido durante el período comprendido como de recién nacido, la intervención ha sido aconsejada, por cirujanos de tanta autoridad como Ladd y Gross, desde las primeras horas del nacimiento. Nuestro enfermo presentaba una hernia diafragmática congénita izquierda de las que dichos autores aconsejan operar desde que se hace diagnóstico, en las primeras 48 horas de nacido. Hacen excepción únicamente con las pequeñas hernias del hiato esofágico, cuya indicación operatoria es más lejana y está en relación con el tipo de hernia.

CONSIDERACIONES GENERALES

La hernia diafragmática congénita es conocida desde hace mucho tiempo. No obstante, su diagnóstico clínico es poco frecuente. Se le descubre más a menudo en actos operatorios, exámenes radiológicos de rutina o actos necrópsicos. El examen radiológico frente a cualquier sintoma que haga sospechar su existencia (disnea, cianosis, tos, disfagia, vómitos, dolores, síndromes oclusivos), ha permitido un conocimiento más oportuno y un tratamiento muchas veces salvador. De localizaciones, tamaños y gravedad distintas, la H. C. D. puede matar al nacer, o en las primeras horas de vida, o puede pasar silenciosa numerosos años de existencia. Las zonas de pasaje diafragmático pueden ser pequeños orificios (hiato esofágico), aberturas más amplias (forámen de Bochdaleck), tomar uno o dos hemidiafragmas (agenesia). Las vísceras abdominales que se encuentran en posición supradiafragmática o en el orificio herniario son variables: desde sólo una porción de estómago, hasta contenido polivisceral (estómago, colon, íleon, hígado, bazo, páncreas, riñón, epiploon). Nuestro caso contenía lob. izq. de hígado, estómago, parte de colon e íleon, epiploon.

Hay muchas clasificaciones de hernias diafragmáticas. Iason resume 9 clasificaciones de otros tantos autores (Mayo, Dunhill, Harrington, Eppinger, Humes, Richard, Woolsey, Marks, Zrubers). Casi todas ellas reconocen H. D. congenitas y adquiridas, con saco (o verdaderas) y sin saco (falsas hernias). Entre las adquiridas, traumáticas y no traumáticas.

Harrington, resume en lo que nos interesa, así:

	{ Forámen de Bochdalek (póstero-lateral)
	{ Cúpula diafragmática
Congénitas (lo más sin saco)	{ Orificio esofágico
	{ Forámen de Morgagni (retroesternál)
	{ Brecha en ausencia de cúpula diafragmática izquierda.
Adquiridas	{ traumáticas
	{ no traumáticas.

EL CONOCIMIENTO UTIL.

No siendo el momento de discutir clasificaciones ni patologías tomemos el conocimiento útil para el médico. Si la hernia diafragmática mataba hasta no hace mucho en 75% de los casos, hoy se cura en el 85% según Ladd y Gross. Debemos procurar un diagnóstico precoz para hacer tratamiento oportuno. ¿Cómo hacer ese diagnóstico? Ante cualquiera de los síntomas sospechosos ya señalados (cianosis, disfagia, disnea, tos, vómitos) hacer un estudio radioscópico y radiográfico atento. A veces, como en nuestro caso, la radiografía simple pone en camino cierto del diagnóstico. Otras veces es una **pequeña hernia que pasará desapercibida**, si no se tiene experiencia en la búsqueda, incluso con técnicas de contraste. La inversión del niño o del recién nacido (Trendelenburg) ha permitido más de una vez descubrir con medio de contraste, una hernia que se creía inexistente. El estudio radiográfico tendrá que ser cuidadoso, porque la misma ingestión de barita en un R. N. debe ser bien controlada y el relleno parcial de vísceras huceas sin provocar detensiones que acoden, estrangulen o compriman creando complicaciones.

No es suficiente con ver imágenes gaseosas sospechosas en un hemitórax. Aun radiológicamente, habrá que distinguir entre otras estas imágenes que puedan ser de **crígenes** en:

- | | |
|--------------------------------|---|
| a) Visceras torácicas | neumotórax con o sin derrame
enfisema pulmonar. Quistes congénitos de pulmón
divertículos esofágicos. |
| b) Diafragma | elevación
parálisis
eventración. |
| c) Visceras abdominales | divertículo gástrico
oclusión intestinal empujando hemidiafragma. |

El caso clínico que referimos muestra el criterio práctico con que se debe actuar.

CASO CLÍNICO

C. G., 1 mes de edad. Consultan al Dr. Scolpini porque la madre nota que su hijo presenta a veces una ligera "fatiga". El Dr. Scolpini examina al niño; encuentra una disnea que no se explica por la sintomatología física y envía a estudio radiológico. En síntesis éste recorre 3 etapas que realiza el Dr. Soto.

1º) **Radiografía simple.** (Fig. 1) Hace ver la existencia de imágenes gaseosas en contenidos tubarios que recuerdan las vísceras huecas

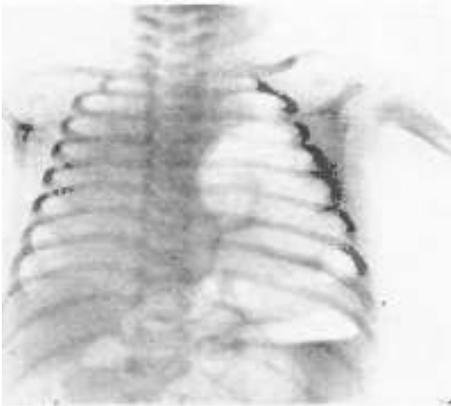


Figura 1

Radiografía simple. Herida diafragmática izquierda. Se notan imágenes gaseosas en continentes tubarios recordando las vísceras huecas abdominales.

abdominales. Pero es necesario asegurar: a) que se trata de tales vísceras; b) que no se trata de una eventración diafragmática en que el diafragma se encuentra llevado muy alto, empujado por las vísceras no herniadas sino en posición subdiafragmática.

2º) **Con ingestión de barita.** (Fig. 2) Aclara que el contorno diafragmático no está por encima de las imágenes gaseosas sino que estas se sitúan en posición supradiafragmática (hernia). Además asegura la participación del estómago en el contenido herniario.

3º) **Con enema baritado.** — En posición decubito posterior. (Fig. 3). Muestra el pasaje diafragmático y la participación cólica en la hernia.

Diagnosticada la hernia diafragmática, es objeto de observación periódica advirtiéndose a la madre de la lesión que padece y la posibilidad

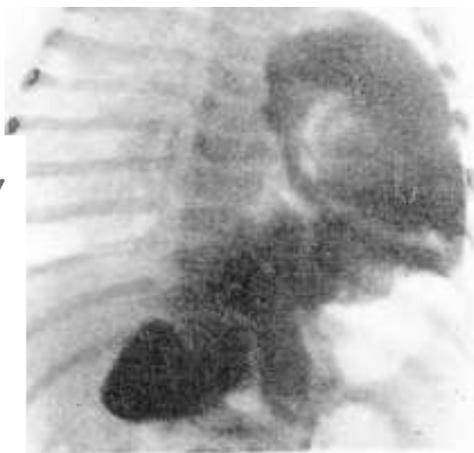


Figura

Con inyección de barita (Per-til). Muestra que el estómago está situado en buena parte encima del diafragma izquierdo. El esófago es de longitud normal. Hay imágenes gaseosas encima del estómago lo que hace pensar en que hay intestino delgado o grueso en el contenido herniario.

Figura 3

Con enema baritado. Muestra la participación del colon en el contenido herniado supra-diafragmático.



de accidente agudo. Se aconseja hospitalizar ante cualquier anomalía en especial, dolor, vómitos, fatiga, cianosis.

No hubo ningún síntoma que preocupara, salvo algún dolor sin continuidad. Distintas circunstancias fueron postergando la intervención. Se decidió intervenir a los 8 meses de edad, sin que hubiera aparecido, repetimos, ningún trastorno digno de mención.

Operación. XII-953 Dres. Yannicelli, Raúl del Campo, Rodríguez Joanotena. Anestesia general éter, gota a gota, con intubación traqueal. (Dr. Scasso). Incisión abdominal paramediana izquierda transrectal, próxima a la línea media para poder llegar lo más alto posible en las maniobras de reducción y en el cierre del orificio. Abierto el peritoneo se comprueba una gran abertura de pasaje diafragmática, situada en la parte superior del hemidiafragma izquierdo, abertura amplia ocupada por vísceras huecas abdominales, siendo la más visible el colon. Se comienza la reducción haciendo tracción suave sobre las mismas hacia la cavidad abdominal, no encontrándose obstáculos ni adherencias, ni aspiración hacia la cavidad pleural. Salen sucesivamente el **intestino grueso**, el **estómago** y el **intestino delgado**. Reducidas estas vísceras huecas se comprueba que una buena parte del **higado**, que parece corresponder al lóbulo izquierdo, está íntegramente colocado en el tórax, sobre la abertura diafragmática. Haciéndolo bascular sobre el contorno derecho de dicha abertura, ese lóbulo hepático es llevado a la posición infradiafragmática. Queda el hemitórax izquierdo bastante deshabitado y los dedos no alcanzan a explorar el punto más alto de la cavidad residual que se mantiene sin variaciones ya que no hay sensación de que el pulmón izquierdo se reexpanda al insuflar el árbol bronquial.

Examinada la abertura diafragmática, se nota que ésta es de relativo gran tamaño, haciendo pensar al principio que será imposible su cierre. No obstante, al palpar su contorno anterior se percibe que no está a tensión y que es posible a sus expensas algún acercamiento hacia el posterior. Se consigue así un cierre hermético, en los 3/4 externos del orificio, pero no en su extremo derecho, en cuyo ángulo es imposible un acercamiento mayor. Queda una separación de unos 2 milímetros en una extensión de $\frac{1}{2}$ centímetro que se considera no tendrá importancia por encontrarse prácticamente obstruida por la superficie del lóbulo hepático izquierdo reducido, que se aplica con bastante firmeza al intersticio residual. En ningún momento vimos saco herniario, aunque podía estar éste adherido en alto a la pleura y pasar desapercibido desde el abdomen.

Antes de cerrar el abdomen comprobamos que las asas delgadas reducidas, se habían dispuesto arrolladas en torno a un ligamento que fija al higado descendido y con la pared abdominal abierta ha quedado separado de esta pared (ligamento redondo). Se liberan esas asas. Cierre de la herida operatoria en 3 planos, suturando músculo, aponeurosis y piel con lino.

Antes de cerrar el orificio diafragmático pensando en que podíamos haber abierto la pleura (como intentamos hacerlo para hacer profilaxis de

la aspiración de las vísceras) dejamos un drenaje pleural que conectamos a tórax cerrado.

Postoperatorio. Sin particularidades. El drenaje pleural fue retirado a los 6 días. Las radiografías tomadas en sala en el postoperatorio inmediato mostraron una imagen hidroaérea en hemitorax izquierdo que dejó alguna duda hasta aclararse definitivamente su naturaleza pleural. La



Figura 4

Luego de operada. El corazón se mantiene a derecha (dextrocardia congénita). Vísceras abdominales en posición normal sub diafragmática.

radiografías contrastadas, previa ingestión de barita y previo enema baritado, tomadas por el Dr. Soto, muestran la reintegración al abdomen en posición infradiaphragmática, de las vísceras que formaban el contenido herniario.

COMENTARIO

El caso presentado es de una hernia diafragmática congénita izquierda, con gran orificio de pasaje situado en la zona superior del hemidiafragma izquierdo. A pesar del contenido visceral, (hígado, estómago e intestino) fué bien tolerada por su portador.

El primer conocimiento que se tuvo de ella fué al mes de edad, lo que descartaba la posibilidad de una intervención en las primeras 48 horas, como lo aconsejan Ladd y Gross con evidentes fundamentos. La buena tolerancia contribuyó a diferir la intervención cosa que, si en el caso particular no aportó consecuencias adversas no debe admitirse sin riesgos de accidentes agudos

de tipo mecánico que obliguen a intervenciones urgentes con estatos generales a veces precarios

Elegimos para el abordaje la vía abdominal como lo aconsejan Ladd y Gross y pensamos que, de haber seguido la vía torácica, la disposición del intestino delgado en el abdomen, desarrollándose en torno al ligamento redondo del hígado hubiera provocado su oclusión. Tener a la vista la forma de disposición de estas vísceras, al integrarse al abdomen, permite, como en este caso, corregir fácilmente las disposiciones viciosas creadoras de complicaciones. Rivarola en el III Congreso Panamericano de Pediatría, luego de pasar revista a un importante aporte de la experiencia en su país, concluye también en la ventaja de la vía abdominal para **este tipo de hernia y esta edad**, recordando la posibilidad señalada por Sweet de prolongar la incisión hacia el tórax, seccionando los cartílagos costales. Duhamel considera indiscutible la superioridad de la vía abdominal. Otros autores aconsejan la vía torácica o tóraco-abdominal.

RESUMEN

Hernia diafragmática izquierda a contenido gastro-hepatocólico intervenida a los 8 meses de edad. Sin accidentes a pesar de venirse observando desde 1 mes de edad. Operación. Abordaje abdominal. Curación.

AUTORES CITADOS

- Ladd y Gross. *Abdominal Surgery of Infancy and Childhood*. (Philadelphia and London) 1941.
- Sweet, Richard. *Chirurgia torácica*. (traducción castellana de la 1ª edición en inglés). México, 1953.
- Mason, A. H.— *Hernia diafragmática en la primera y segunda infancia*. *Progresos Pediátricos* (Litchfield y Dembo). Salvat, E., 1950.
- Enrique Rivarola. *Tratamiento de las hernias diafragmáticas congénitas*. III Congreso Panamericano de Pediatría. Montevideo, 1951.
- Watson. *Hernia*. (edición castellana). Buenos Aires, 1952.
- Duhamel Bernard. *Chirurgie du nouveau né et du nourrisson*. Masson et Cie., Paris, 1953.
- Gross.— *The Surgery of Infancy and Childhood*. Philadelphia - London, 1953.

DISCUSION Y CIERRE DE DISCUSION:

(No se publica por no haberse enviado originales)

**ELECCION DE TEMA DE LA SECCIONAL DE CIRUGIA DE NIÑOS
PARA EL V CONGRESO A REALIZARSE EN 1954**

Sr. COORDINADOR. — Los temas anotados en Secretaría son los siguientes:

- 1º Oclusion intestinal en el niño;
- 2º Cirugía de las malformaciones congénitas del corazón;
- 3º Peritonitis del prematuro y del lactante.

Antes de pasar a la eleccion debo recordar que el tema N° 2, corresponde a uno de los temas elegidos para las Sesiones Plenarias de 1954 por lo cual creo no debe ser elegido. Pasamos a la eleccion. (Se vota).

Sr. COORDINADOR. El resultado es el siguiente:

Tema 1: 18 votos;

Tema 3: 8 votos.

De acuerdo con este resultado, el tema de la Seccional de Cirugía de Niños para 1954 es: "Oclusión Intestinal en el niño".
