

Dra. Xóchitl Alemán,¹
 Dr. Antonio Guardiola,¹
 Dra. Juany Hernández²

Hernia Diafragmática: ¿Diagnóstico Prenatal Obligado?

(Hospital Christus Muguerza.)¹ Este trabajo obtuvo el primer lugar en los trabajos poster en la sección de caso clínico durante las actividades del II Curso Anual de Ultrasonido – Básico Avanzado 2003.

Introducción

La hernia diafragmática congénita deriva del cierre incompleto del pliegue pleuroperitoneal hacia la novena semana de gestación (SDG). El foramen pleuroperitoneal posterolateral (Bochdalek) es el último en cerrar y el contenido herniario depende de la magnitud del defecto y va desde epiplón, intestino, estómago o inclusive el hígado, resultando en hipoplasia pulmonar de diversa magnitud.¹

La diferenciación prenatal de una hernia diafragmática congénita fetal de otras masas torácicas ecogénicas puede ser difícil (malformación adenomatoidea quística, secuestro pulmonar). Es importante la detección de defectos diafragmáticos en la vida prenatal para la mejor propuesta quirúrgica en la vida postnatal.^{2,3}

Presentación del caso

Femenino de 32 años sin antecedentes de importancia, cursa segunda gesta de 37 semanas. Ultrasonidos obstétricos previos, como parte del control prenatal, reportados normales, comentando solo de cierta discrepancia entre la circunferencia abdominal y el resto de la fetometría, por lo que se solicita esta revisión.

Se realiza ultrasonido bi y tridimensional, observándose desplazamiento del mediastino hacia adelante y a la derecha a expensas de tórax ocupado por una imagen compleja, mixta, de aspecto multiquístico. (Figura No.1). Se delimita integridad del hemidiafragma derecho y discontinuidad en el tercio posterolateral del izquierdo. El estómago en posición alta, a un lado del corazón. Abdomen escafóideo con disminución de la circunferencia abdominal de cuatro semanas (Figura No. 2, y 3).

Se diagnostica hernia de Bochdalek izquierda grado II, clasificación de Wiserman. Se reparó quirúrgicamente al segundo día de nacido, encontrando hipoplasia pulmonar, gran defecto diafragmático posterior, con herniación de estómago, asas de intestino delgado y epiplón (Figura No. 4).

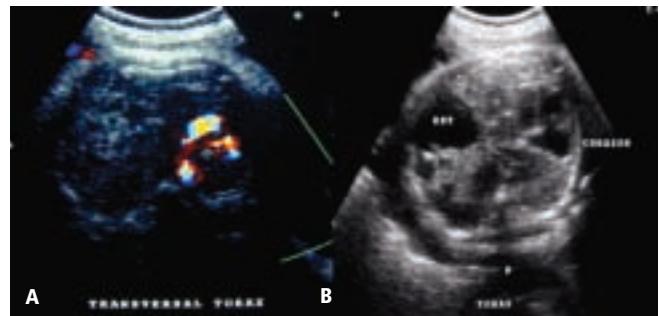


Figura No. 1. Tórax transversal, a) Nótese masa compleja, mixta, "multiquística". La mayor ecogenicidad entre los "quistes", está dada por asas intestinales y epiplón herniado, b) Estómago intratorácico a la izquierda del corazón.



Figura No. 2 Vista sagital toracoabdominal. Defecto en la parte posterolateral izquierda del hemidiafragma, herniándose asas de intestino delgado y epiplón, que ocupan el hemitórax izquierdo.

Comentarios y conclusión

El diagnóstico prenatal de defecto diafragmático finca su importancia en la relación entre la magnitud del

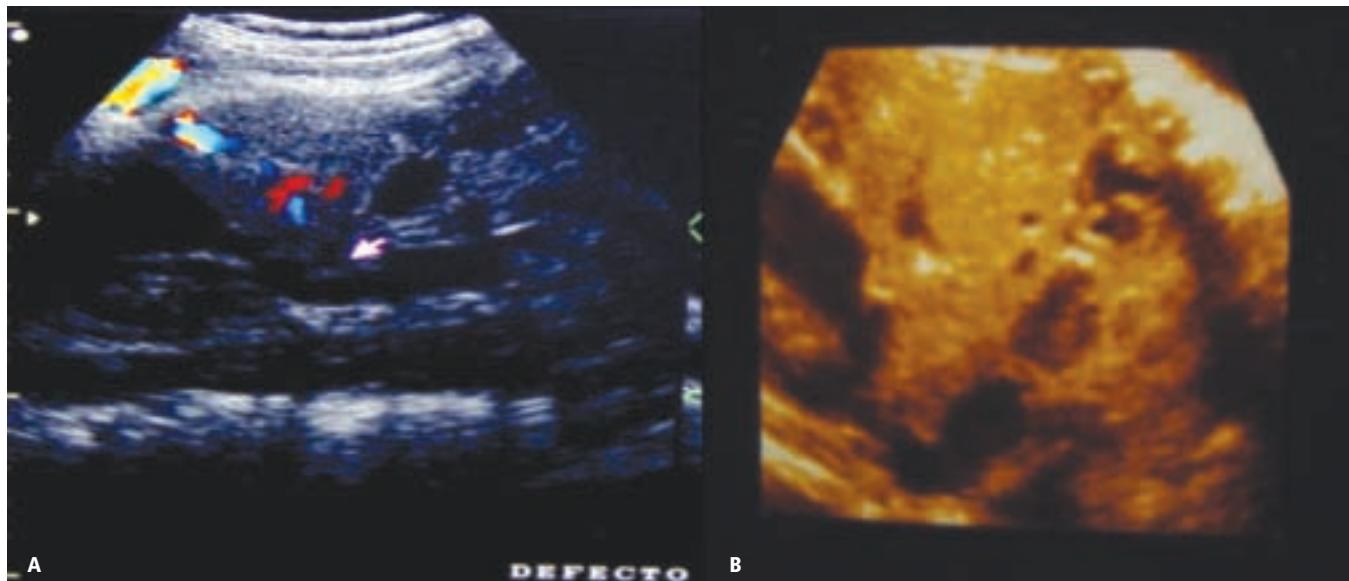


Figura No. 3. Corte sagital a través del defecto, con a) aplicación de Doppler color y b) tercera dimensión.



Figura No. 4. Rx toracoabdominal, (a) Muestra estómago e intestino ocupando hemitórax izq. (b) Segundo día, corrección quirúrgica de la hernia diafragmática, nótese el menor volumen del hemitórax izq. debido a la hipoplasia pulmonar.

Referencias

1. Wolfgang Dähnert, MD. Radiology Review Manual. Phoenix, Arizona. Williams and Wilkins. 2000.
2. Ivana M. Vetraino, MD. The evolving appearance of a congenital Diaphragmatic Hernia. J Ultrasound Med 2002;21:85-89.
3. Sharland GK, Lockhart SM. Prognosis in Fetal Diaphragmatic Hernia. Am J Obstet Gynecol 1992;166:9-13.
4. Smith NP, Jesudason EC, Losty PD. Congenital Diaphragmatic Hernia. Pediatric Respiratory Rev 2002;3(4):339-348.
5. Comstock C. The antenatal Diagnosis of diaphragmatic anomalies. J Ultrasound Med 1986;5:391-396.
6. Smith NP, Jesudason EC, Losty PD. Congenital Diaphragmatic Hernia. Pediatric Respiratory Rev 2002;3(4):339-348.