

Mujer de 78 años con dispepsia crónica

FRANCISCO NAVARRO-REYNOSO*

SALVADOR MEDINA-GONZÁLEZ†

ENRIQUE MEDINA-GONZÁLEZ†

FEDERICO ROHDE-EINHAUS†

* Neumólogo y Cirujano de Tórax. Director General Adjunto Médico, Hospital General de México. Miembro del Servicio de Neumología y Cirugía de Tórax "Alejandro Celis Salazar". Hospital General de México. SSA.

† Hospital Ángeles del Pedregal. México, D.F.
Trabajo recibido: 08-VIII-2006; aceptado: 06-XI-2006

286

Femenino de 78 años con reflujo crónico de contenido alimentario ácido, mayor al adoptar el decúbito dorsal, eructos frecuentes y plenitud postprandial inmediata, aun con pequeñas porciones. Tos crónica, mayor durante el decúbito dorsal, expectoración mucosa o mucopurulenta y disnea lentamente progresiva para lo que recibe agonistas β_2 . Se sabe hipertensa sistémica desde hace varios años y se controla con 10 mg de nifedipina cada 24 horas y furosemida 20 mg cada 48 horas. Acudió por aumento de la tos, expectoración purulenta, disnea y aparición de hipertemia, sibilancias, cianosis y edema pe-

dal. A su ingreso, frecuencia cardiaca 93 x min, frecuencia respiratoria 26 x min, 1.53 cm de estatura, 44 kg de peso, disneica, xifoescoliosis dorsal, hipotrofia generalizada de masas musculares incluyendo las torácicas y abdominales; ingurgitación yugular II/IV, reforzamiento del componente aórtico del 2º ruido y soplo expulsivo II/IV en 2º espacio intercostal derecho, estertores subcrepitantes y bronquiales basales bilaterales; dolor a la palpación profunda de epigastrio. Gasometría arterial: pH, 7.43; PaO_2 , 53 mmHg; PaCO_2 , 28 mmHg.

Se tomó radiografía posteroanterior de tórax.



¿Cuál es su diagnóstico?

Hernia diafragmática paraesofágica

Con la imagen de burbuja aérea correspondiente al estómago y opacidades bilaterales secundarias a broncoaspiración crónica se indicó corrección quirúrgica electiva pero inmediata de la hernia. Sin embargo, aparecieron dolor intenso espontáneo en epigastrio, náusea y vómito; se tomó una nueva radiografía de tórax que demostró la presencia de nuevas imágenes hidroáreas, correspondientes al colon (Figura 2) dentro del tórax, por lo que de urgencia se realizó corrección por laparoscopía llevando el estómago y el colon a la cavidad abdominal, se fijó el estómago a la cara posterior de la pared anterior del abdomen con varios puntos y se colocó una malla de Goretex para sellar el orificio del diafragma, empleando puntos separados de nylon (Figura 3). Egresó en condiciones satisfactorias (Figura 4).

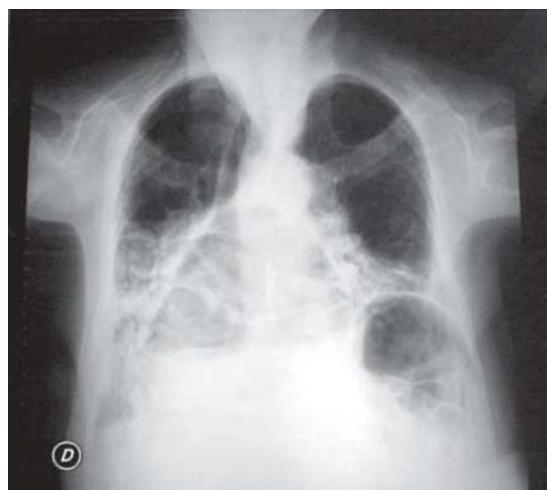


Figura 2. Aparición de una gran imagen con niveles hidroáreos y austras, además del estómago observado en la figura 1.

El motivo de ingreso de la enferma fue la exacerbación de la patología respiratoria crónica secundaria a la broncoaspiración, pero el paso del colon al espacio retrocardiaco, ya estando en el hospital, produjo un cuadro obstructivo agudo que obligó a operarla de urgencia, sin otros estudios, con buenos resultados.

Existen cuatro tipos de hernia esofágica: a) Tipo I, por deslizamiento, en la que la unión esofagogastrica se desplaza al tórax; es la más común, 95% y la que con mayor frecuencia se asocia a reflujo gastroesofágico y a sintomatología de la enfermedad por reflujo; b) Tipo II, en donde la unión esofagogastrica conserva su sitio anatómico dentro del abdomen, pero el fondo del estómago emigra hacia el mediastino, por un lado del esófago; durante muchos años la hernia de nuestra enferma fue de este tipo; c) Tipo III o mixta, con componentes de las dos previas, pero también con emigración de la unión esofagogastrica; d) Tipo IV, cuando hay aumento progresivo del orificio diafragmático, lo que permite la



Figura 3. Corrección quirúrgica de la hernia. **A**) Se inicia la tracción de las vísceras y se ve parte del defecto del diafragma en el ángulo superior izquierdo, **B**) Las vísceras se han desplazado hacia la cavidad abdominal; nótese el gran orificio diafragmático, **C**) Colocación y fijación de la malla en el defecto diafragmático.

* Las personas interesadas en las citas bibliográficas, favor de solicitarlas directamente al autor principal.

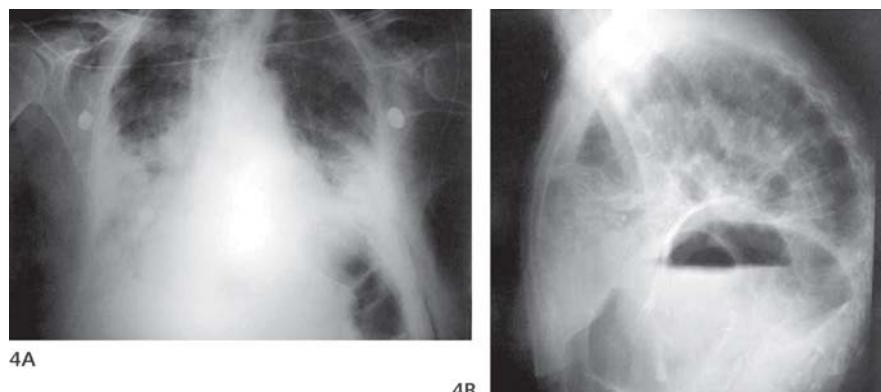


Figura 4. Radiografías **A)** Posteroanterior y **B)** Lateral izquierdo de tórax postoperatorias. No hay víscera hueca retrocardiaca; persisten opacidades parenquimatosas bilaterales.

entrada de otras vísceras como el colon; nuestra enferma terminó teniendo una hernia tipo IV. Las tres últimas son las menos frecuentes, pueden acompañarse de volvulus gástrico hasta en el 20% debido a su laxitud de los ligamentos gastrocólico y gastroesplénico, lo que permite la rotación de la curvatura mayor del estómago sobre su eje.

Las hernias tipo II a IV se deben operar de inmediato una vez hecho el diagnóstico para evitar complicaciones abdominales y torácicas como sangrado, encarcelación, obstrucción, perforación, neumonitis de repetición, bronquiectasias, fibrosis pulmonar, algunas potencialmente fatales.

La cirugía se realiza habitualmente por vía abdominal, sea laparoscópica o por laparotomía convencional. Comparada con la operación abierta, la intervención laparoscópica es bien tolerada; hay complicaciones del 10 al 37% de los casos, particularmente en enfermos mayores de 70 años

que representan la gran mayoría de los operados; la mortalidad también es baja y la estancia hospitalaria es breve, por lo que puede ser la vía de elección siempre que sea posible. El acceso por tórax se reserva para casos de falla de la vía abdominal, casos crónicos en los que se sospecha existan adherencias o si existen sangrado, volvulus con estrangulamiento del estómago o perforación de víscera hueca. En nuestra enferma se decidió intentar la vía laparoscópica, la que permitió resolver satisfactoriamente la patología.

Correspondencia:

MASS, Dr. Francisco Navarro
Reynoso, Director General Adjunto
Médico. Hospital General de
México, SSA. Dr. Balmis 148, colonia
Doctores. Delegación Cuauhtémoc.
México, DF., 06726.
Correo electrónico:
miroivo@prodigy.net.mx

