

Hernia de hiato paraesofágica congénita con presentación insidiosa

Atypical presentation of congenital paraesophageal hiatal hernia

Paula M. Barberá-Pérez¹, Irene Baquedano-Lobera¹, Paula Lalaguna-Mallada¹, Jordi Sorribes-i Estorch¹, Elena Faci-Alcalde¹, Diana Marquina-Martínez²

¹Servicio de Pediatría, Hospital de Barbastro, Barbastro; ²Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital San Jorge, Huesca. España

Estimados editores,

El diafragma constituye un hito anatómico importante para el radiólogo, con afecciones patológicas diversas, existiendo diferencias significativas entre niños y adultos.

Las hernias diafragmáticas congénitas (HDC) son defectos estructurales congénitos que suponen lesiones complejas amenazantes para la vida, ya que asocian una morbimortalidad infantil significativa. La incidencia de HDC es de 2-4 por 10.000 embarazos y, a pesar de los avances en el manejo neonatal intensivo, la tasa de mortalidad en niños con HDC aislada (descartando asociación con otra patología) continúa siendo del 25-30%¹. Hay tres tipos de HDC: la posterolateral o de Bochdalek, la anteromedial o de Morgagni, y las hernias hiatales, siendo las dos primeras las más frecuentes en edad pediátrica. Las hernias hiatales suponen un 9% de todas las HDC y, a su vez, se clasifican en varios subtipos, existiendo dos clasificaciones distintas². Una de las clasificaciones diferencia tres tipos de hernias hiatales: por deslizamiento, paraesofágicas y por esófago corto³. Otra opción clasificatoria distingue cuatro clases de hernias hiatales: por deslizamiento (tipo I), paraesofágicas (tipo II), mixtas (tipo III, formado por un mecanismo mixto que combina I y II) y con estómago intratorácico (tipo IV)⁴.

En las hernias paraesofágicas, el ángulo de His se mantiene, la unión gastroesofágica se encuentra infradiafragmática y se hernia el *fundus* gástrico a través del hiato esofágico, quedando lateralmente al esófago y produciendo un estiramiento y deslizamiento parcial de la membrana freno-esofágica a través de un hiato dilatado^{5,6}.

La hernia hiatal paraesofágica congénita es una entidad muy poco frecuente en pediatría, de etiología multifactorial, con el retraso en la fusión de la membrana pleuroperitoneal y el *septum transversum* como potencial explicación, con edad media de presentación alrededor de los 28 meses, pudiendo retrasarse el diagnóstico hasta los 14 años^{2,3}. La sintomatología es altamente variable, desde pacientes asintomáticos, infecciones respiratorias de repetición, vómitos, anemia, fallo de medro, hematemesis, disfagia y melenas^{6,7}. El diagnóstico de confirmación es radiológico y el tratamiento quirúrgico, siendo importante reconocer los signos radiológicos benignos y de alarma para guiar adecuadamente su manejo⁸.

Presentamos el caso de una lactante de 4 meses, fruto de embarazo controlado con ecografías prenatales normales, que consultó en urgencias por clínica de vómitos hemáticos. Antecedente de ingreso a los 2 meses por bronquiolitis aguda y a los 3 meses por vómitos. La exploración física, analítica sanguínea y ecografía abdominal resultaron anodinos.

Reconsultó tras 20 días por reaparición de vómitos hemáticos y pérdida ponderal. En la exploración física destacó una hipoventilación en base pulmonar derecha, sin signos de dificultad respiratoria y afebril, con analítica sanguínea anodina. Se realizó una radiografía de tórax, objetivando una imagen en base pulmonar derecha compatible con hernia diafragmática (Fig. 1), hallazgo que permitió la realización de pruebas confirmatorias (Figs. 2 y 3) y un manejo precoz y adecuado del caso.

Correspondencia:

*Paula M. Barberá Pérez

E-mail: pbarbera@salud.aragon.es

Fecha de recepción: 17-03-2021

Fecha de aceptación: 07-10-2021

DOI: 10.24875/RAR.M22000019

Disponible en internet: 05-10-2022

Rev Argent Radiol. 2022;86(3):211-213

www.revistarar.com

1852-9992 / © 2021 Sociedad Argentina de Radiología (SAR) y Federación Argentina de Asociaciones de Radiología, Diagnóstico por Imágenes y Terapia Radiante (FAARDIT). Publicado por Permanyer. Éste es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

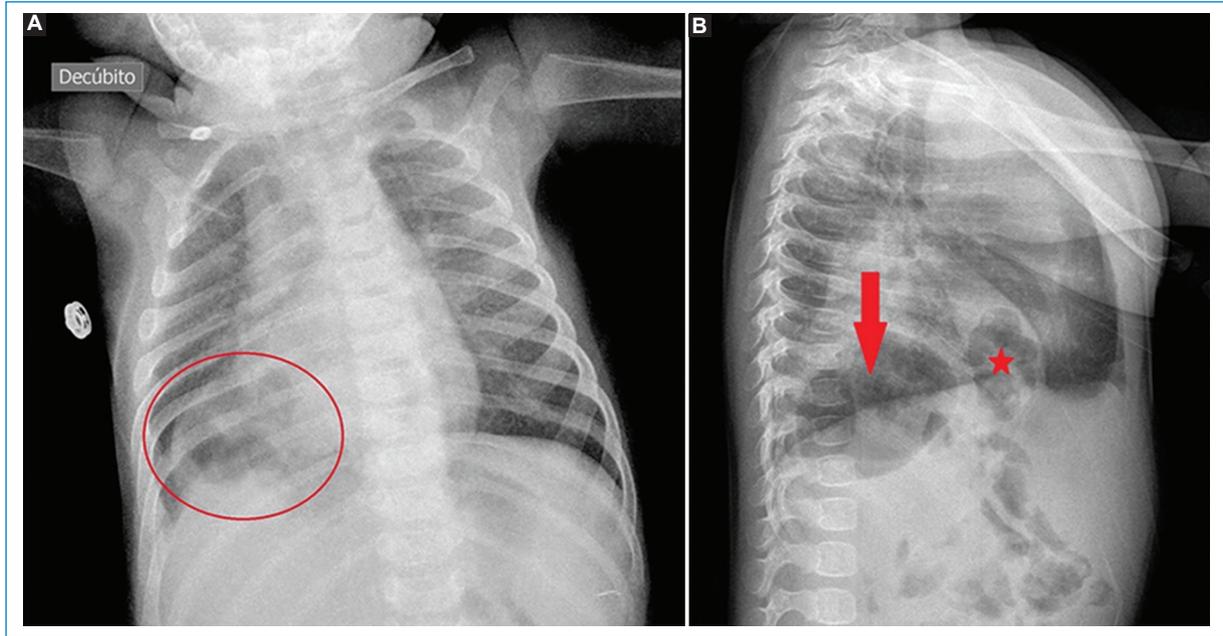


Figura 1. A: radiografía anteroposterior. **B:** lateral de tórax observando ocupación de base pulmonar derecha por contenido gaseoso (círculo) que impresiona de estómago (flecha) e intestino (estrella).

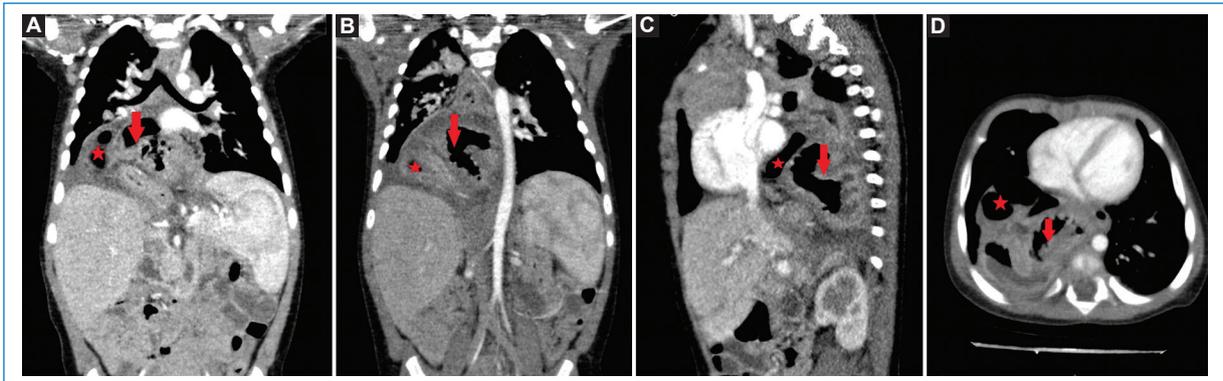


Figura 2. A y B: tomografía computada (TC) toraco-abdominal con contraste intravenoso, cortes coronales. **C:** sagital. **D:** axial objetivando estómago intratorácico (flechas) y parte del marco cólico derecho (estrella).

Se realizó intervención quirúrgica laparoscópica objetivando gran hernia a través de hiato esofágico que incluía colon transverso, estómago completo incluido el píloro y primera porción duodenal en situación invertida, sin signos de estrangulación. Se realizó reducción, resección parcial del saco herniario, cierre de los pilares, fijación de esófago a diafragma y funduplicatura de Nissen, previniendo la aparición de reflujo gastroesofágico posquirúrgico, presentando evolución posterior satisfactoria sin complicaciones.

Este caso ilustra un inicio atípico a temprana edad, pudiendo confundirse con otras patologías, ya que los vómitos en lactantes son muy frecuentes, siendo la

mayoría de los procesos banales, pero pudiendo reflejar también enfermedades graves.

El diagnóstico de hernia hiatal congénita puede realizarse de manera prenatal en la ecografía del segundo trimestre. En casos de alta gravedad se puede completar el estudio con resonancia magnética intrauterina².

De manera posnatal, el hallazgo más frecuente es observar aire retrocardíaco o la presencia de la sonda nasogástrica intratorácica en una radiografía de tórax⁹.

El diagnóstico diferencial incluye quistes o abscesos mediastínicos, obstrucción y dilatación esofágica o megaesófago en estadio final de acalasia.

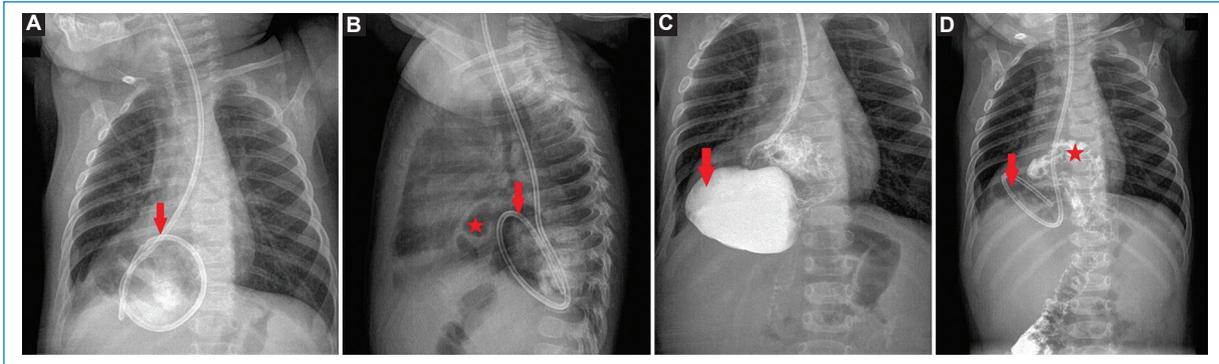


Figura 3. **A, C y D:** tránsito esofágo-gástrico con contraste hidrosoluble a través de sonda nasogástrica (SNG), en proyección posteroanterior. **B:** lateral observando bucle de la SNG en el estómago (flecha) y porción de colon (estrella) en posición intratorácica. **C:** inicialmente no se logra paso de contraste a cavidad abdominal. **D:** confirmándose paso tras 2 horas.

La confirmación diagnóstica debe realizarse con un estudio radiológico esofágo-gastro-duodenal con contraste. La realización de tomografía computada (TC) habitualmente debe reservarse para casos donde existan dudas diagnósticas o para precisar la posición anatómica³.

La complicación más frecuente es la esofagitis por reflujo, siendo la más urgente la obstrucción intestinal por vólvulo gástrico, que ocurre en las hernias de gran tamaño. La corrección quirúrgica de la hernia de hiato paraesofágica se realiza incluso en pacientes asintomáticos para prevenir posibles complicaciones, como la estrangulación y obstrucción intestinal^{2,6}.

Pese al incremento de las tasas de supervivencia gracias a las recientes mejoras diagnóstico-terapéuticas, las HDC continúan suponiendo una morbimortalidad significativa, que depende fundamentalmente del tamaño herniario¹⁰.

Adicionalmente, en niños con hernias paraesofágicas, los ligamentos gastroesplénico y gastrocólico están frecuentemente ausentes, lo que les hace más proclives a presentar complicaciones graves, como la volvulación de las vísceras herniadas¹¹.

Así, el conocimiento por parte de los radiólogos de las alteraciones diafragmáticas, junto con las consideraciones pediátricas, con las fortalezas y limitaciones de las técnicas de imagen actuales, resulta esencial para un manejo adecuado de estos complejos pacientes.

Financiamiento

Los autores declaran no tener financiamiento.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Bibliografía

1. Blumenfeld YJ, Belfort MA. New approaches to congenital diaphragmatic hernia. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2020;32(2):121-7.
2. Karpelowsky JS, Wieselthaler N, Rode H. Primary paraesophageal hernia in children. *J Pediatr Surg.* 2006;41(9):1588-93.
3. Taylor GA, Atalabi OM, Estroff JA. Imaging of congenital diaphragmatic hernias. *Pediatr Radiol.* 2009;39(1):1-16.
4. Abbara S, Kalan M, Lawicki AM. Intrathoracic stomach revisited. *AJR Am J Roentgenol.* 2003;181(2):403-14.
5. Vázquez Minero JC, Arias Gutiérrez A, Zepeda Rojas E, Ceballos Beruecos R, Pedroza Franco A, Portillo Téllez L, et al. Hernia hiatal paraesofágica (tipo IV) con obstrucción intestinal. Reporte de un caso. *Neumol Cir Torax.* 2011;70(3):192-8.
6. Maggiolo J, Rubilar LO, Girardi G, Pérez L. Hernia diafragmática en pediatría. *Neumol Pediatr.* 2016;11:85-9.
7. Stroh 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.* 2011;75(6):427-8.
8. Sandstrom CK, Stern EJ. Diaphragmatic hernias: a spectrum of radiographic appearances. *Curr Probl Diagn Radiol.* 2011;40(3):95-115.
9. Arora PK, Karody V. Nasogastric tube in the right hemithorax: Where is it? *J Pediatr.* 2017;181:322-322.e1.
10. Chavhan GB, Babyn PS, Cohen RA, Langer JC. Multimodality imaging of the pediatric diaphragm: anatomy and pathologic conditions. *Radiographics.* 2010;30(7):1797-817.
11. Imamoğlu M, Cay A, Koşucu P, Ozdemir O, Orhan F, Sapan L, et al. Congenital paraesophageal hiatal hernia: pitfalls in the diagnosis and treatment. *J Pediatr Surg.* 2005;40(7):1128-33.