



Hernia diafragmática congénita de diagnóstico tardío

Dolores M.^a González Campos^a, Marta Carolina Durán-Ballén Gómez^b,
Marta Madrid Martín^c, Andrea Papaleo^d

Publicado en Internet:
22-noviembre-2022

Dolores M.^a González Campos:
lolagoncam@gmail.com

^aServicio de Pediatría. Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. España • ^bServicio de Pediatría. Centro de Atención Primaria San Pedro (CAP Sant Pere). Reus. Tarragona. España • ^cServicio de Radiología. Instituto de Diagnóstico por la Imagen. Reus. Tarragona. España • ^dServicio de Pediatría. Neumología pediátrica. Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. España.

Palabras clave:

- Hernia diafragmática congénita

Resumen

La hernia diafragmática congénita es un defecto del desarrollo diafragmático que suele diagnosticarse prenatalmente o en el periodo neonatal. Aunque su presentación tardía se asocia a mejor pronóstico, el diagnóstico supone en ocasiones un reto debido a su curso inespecífico. Resulta interesante conocer su existencia ante cuadros clínicos de difícil diagnóstico.

Late presenting congenital diaphragmatic hernia

Key words:

- Congenital diaphragmatic hernia

Abstract

Congenital diaphragmatic hernia is a diaphragmatic developmental defect that usually presents prenatally or in the neonatal period. Although its late presentation is associated with a better prognosis, the diagnosis is sometimes a challenge due to its non-specific course. It is interesting to know its existence in clinical presentations that are difficult to diagnose.

INTRODUCCIÓN

La hernia diafragmática congénita (HDC) es un defecto del desarrollo diafragmático con una incidencia de entre 1/2000-4000 de los recién nacidos vivos¹. Es más frecuente en su localización posterolateral (hernia de Bochdalek) y del lado izquierdo, y suele diagnosticarse prenatalmente o en el periodo neonatal cursando con sintomatología respiratoria o digestiva. Su presentación tardía es rara y se asocia a mejor pronóstico.

CASO CLÍNICO

A continuación, se describe el caso clínico de una lactante de 4 meses de edad con HDC de diagnóstico tardío.

Se trata de una recién nacida a término (40 + 3 semanas), con embarazo bien controlado, serologías maternas negativas, ecografías prenatales normales y somatometría al nacimiento correcta. Lactancia materna exclusiva desde el nacimiento, siempre bien tolerada. La madre había presentado cuadro catarral la semana anterior al parto, resultando PCR (reacción en cadena de la polimerasa)

Cómo citar este artículo: González Campos DM, Carolina Durán-Ballén Gómez M, Madrid Martín M, Papaleo A. Hernia diafragmática congénita de diagnóstico tardío. Rev Pediatr Aten Primaria. 2022;24:e373-e375.

positiva para SARS-CoV-2. En controles seriados, había presentado una buena ganancia ponderoesatural, sin incidencias durante su desarrollo ni anomalías en la exploración física.

A los 4 meses de vida consulta en su centro de Atención Primaria (AP) por náuseas, vómitos, hipersalivación e intolerancia a la ingesta oral. Habían transcurrido 8 horas desde la administración de las segundas dosis de vacuna hexavalente, vacuna para rotavirus y vacuna conjugada de neumococo, así como primera dosis de vacuna conjugada contra el meningococo C.

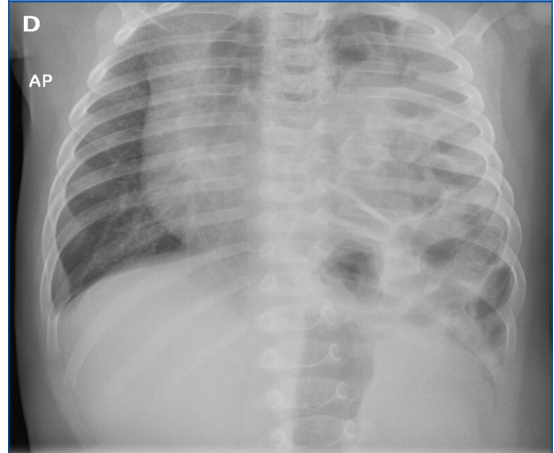
En consulta, se observa una exploración física anodina, pero ante la persistencia de intolerancia oral, se decide ingreso en hospital de zona, donde se realiza analítica de sangre y orina, con resultados normales, recibiendo rehidratación endovenosa, con mejoría clínica a las 48 horas de su ingreso.

Vuelve a consultar una semana más tarde por persistencia de episodios de náuseas e hipersalivación, asociados a diaforesis y crisis de llanto con encogimiento de piernas. Se cursa ingreso en hospital de referencia de zona con sospecha inicial de invaginación intestinal, ampliando estudio con analítica sanguínea, electroencefalograma (EEG), coprocultivo y PCR para SARS-CoV-2, todos ellos normales o negativos. Se realiza ecografía abdominal, que descartaba patología digestiva, tras lo que, ante la mejoría clínica, se decide alta con tratamiento con omeprazol orientándose cuadro como reflujo gastro-esofágico y retirándose las proteínas de leche de vaca de la dieta materna.

Consulta nuevamente en el centro de AP dos días después por sensación de dificultad respiratoria percibida por la madre, destacando en la exploración física: taquipnea y ausencia de murmullo vesicular en hemitórax izquierdo, con saturaciones de oxígeno correctas. Se realiza radiografía de tórax que muestra hallazgos compatibles con HDC izquierda (Fig. 1).

Ante el diagnóstico, se contacta con centro de referencia de cirugía pediátrica, donde se traslada para intervención quirúrgica programada bajo toracosopia, sin recidiva posterior en controles radiológicos.

Figura 1. Ocupación de hemitórax izquierdo de contenido intestinal, con desplazamiento de mediastino hacia la región contralateral



DISCUSIÓN

Es una entidad de etiología desconocida, sugiriéndose un origen multifactorial en el que estarían implicados factores genéticos¹. En la forma tardía, la sintomatología es más inespecífica que en su presentación neonatal, pudiendo ser gastrointestinal (náuseas, vómitos, intolerancia digestiva, estancamiento ponderal...) o respiratoria (dificultad respiratoria, taquipnea...)². El diagnóstico se realiza mediante pruebas de imagen, siendo la más utilizada la radiografía, la ecografía abdominal u otras (resonancia, tomografía, tránsito esofagogastro-duodenal...)². La clínica puede dar lugar a dudas diagnósticas con otras entidades más frecuentes y potencialmente letales, tales como la invaginación intestinal³.

El defecto diafrágico puede no incluir inicialmente la herniación del contenido abdominal, pudiendo permanecer no diagnosticados los defectos de poca extensión hasta que un aumento de la presión intraabdominal desemboque en la herniación final⁴. Las causas de este aumento de presión abdominal incluirían el trauma, así como la inflamación intestinal⁴. Se ha estimado que la media de edad para que esto ocurra son los 4 años y es de predominio en varones (2-1)⁵.

El caso presentado inició sintomatología digestiva inespecífica, que se relacionó como posible efecto secundario de la administración de las vacunas por la proximidad temporal, estando registrados dichos síntomas en la ficha técnica de todas ellas, con una frecuencia variable.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

ABREVIATURAS

AP: Atención Primaria • **EEG:** electroencefalograma • **HDC:** hernia diafrágica congénita • **PCR:** reacción en cadena de la polimerasa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bolaños I. Hernia diafrágica congénita. *Rev Anestesiol.* 2005;28:126-8.
2. Mei-Zahav M, Solomon M, Trachsel D, Langer JC. Bochdalek diaphragmatic hernia: not only a neonatal disease. *Arch Dis Child.* 2003;88:532-5.
3. Mazzei A, Baldassarre E, Centonze A, Stranieri G, Rubino R, Cheney Y, *et al.* Invagination intestinale après réparation d'une hernie diaphragmatique congénitale. *Arch Pédiatrie.* 2011;18:646-8.
4. Hamid R, Baba AA, Shera AH, Wani SA, Altaf T, Kant M. Late-presenting congenital diaphragmatic hernia. *Afr J Paediatr Surg.* 2014;11:119-23.
5. Waseem M, Quee F. A wheezing child: breath sounds or bowel sounds? *Pediatr Emerg Care.* 2008;24:304-6.
6. Landín I, Soler A, García-Sayago F, Barbería E. Muerte súbita por hernia diafrágica congénita no diagnosticada. *An Pediatr (Barc).* 2019;91:129-30.