

Caso	(682) Hernia diafragmática posterolateral derecha como causa de obstrucción intestinal.
Autores	Tania Marlem Chico González, M.e. Gómez Gil, J.I. Conchuela Fumero, A. Porrás Hernández, C. Baso Pérez, C. Atienza Sentamans.
Centro	Hospital Universitario De Canarias (chuc).

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 68 años con antecedentes personales de hipertensión arterial e hipertrofia de ventrículo izquierdo, sin antecedentes quirúrgicos ni traumáticos. Acudió a la consulta de atención primaria por vómitos de contenido alimenticio y bilioso, sudoración y tiritona de 3 días de evolución. Asociando dolor abdominal mesogástrico de tipo cólico y lumbar en fosa renal derecha. Última deposición realizada el día previo. No disuria, disnea, diarrea u otra sintomatología de interés. La paciente fue derivada al Servicio de Urgencias de nuestro centro, donde se realizó analítica objetivándose leucocitos en rango normal, con desviación a la izquierda (neutrófilos 72%), insuficiencia renal (creatinina: 3,72 mg/dL; filtrado glomerular estimado: 13 ml/min/sup) y PCR 578,34 mg/L. En el sedimento urinario se determinó infección urinaria. En el estudio tomográfico, realizado sin contraste endovenoso por la insuficiencia renal, se identificó severa dilatación de asas de íleon proximal, yeyuno, duodeno y estómago, con asas de íleon distal colapsadas. Imagen de cambio calibre en región subdiafragmática derecha, en el contexto de una hernia diafragmática posterolateral derecha con signo de Chilaiditi. Estos hallazgos eran sugestivos de obstrucción intestinal de causa mecánica; siendo confirmados en la intervención quirúrgica urgente, asociando isquemia de 20 cm de íleon.

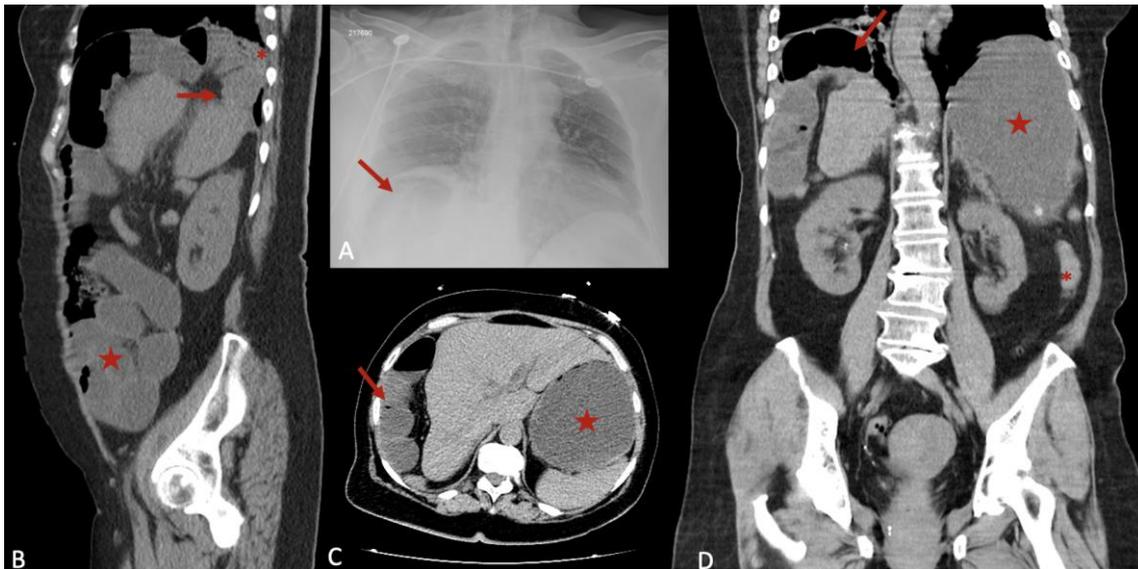
DISCUSIÓN

La hernia diafragmática se define como protrusión de vísceras abdominales en la cavidad torácica a través de defectos diafragmáticos, debido a la diferencia de presiones entre ambos compartimentos. La tendencia natural de las mismas es aumentar de tamaño debido a las fuerzas a la que es sometida. Los defectos del diafragma pueden ser congénitos, como son los casos de la hernia de Morgagni (retroesternal) o Bochdalek (fundamentalmente posterolateral izquierda); o adquiridos, principalmente postraumáticos pero también pueden ser secundarios al sobrepeso, ascitis, iatrogenia... Determinar la causa puede ser difícil, la presencia de un defecto posterolateral sin un saco herniario o antecedente traumático apoya un origen congénito. La mayoría de las hernias diafragmáticas se producen en la parte posterolateral del diafragma entre las inserciones lumbares e intercostales por ser las zonas de mayor debilidad(1). De forma progresiva, si existe herniación de los componentes abdominales, puede dar lugar a encarceración, estrangulación y obstrucción visceral hasta en 30-50% de los casos, así como compromiso cardiovascular y respiratorio. En este caso, la paciente asociaba el signo de Chilaiti que consiste en la interposición hepatodiafragmática del colon, intestino delgado (raro) o estómago (excepcionalmente raro)(2). La tomografía computerizada

multicorte (TCMC) es la técnica de imagen de elección en la Urgencia para valorar el defecto diafragmático, analizar el contenido herniario y la presencia de complicaciones asociadas. El “signo del collar” consiste en la compresión del órgano herniado por el anillo herniario del diafragma(3). El tratamiento de las hernias diafragmáticas complicadas es la cirugía urgente, realizándose la reducción de la hernia, reparación del defecto diafragmático y drenaje pleural si es preciso.

CONCLUSIÓN

Las hernias diafragmáticas son infrecuentes, su origen puede ser congénito o adquirido. Su localización más frecuente es la región posterolateral por ser la zona de mayor debilidad. Sus principales complicaciones son dificultad respiratoria, obstrucciones viscerales, isquemias y perforaciones de las mismas. Estas asocian alta mortalidad y deben ser intervenidas con urgencia. Su diagnóstico no es fácil, siendo de utilidad la tomografía computarizada.



A. Radiografía de tórax PA con elevación del hemidiafragma derecho e interposición de asa entre el hígado y diafragma (). B. Corte sagital donde se aprecia distensión de asas de intestino delgado () y defecto diafragmático derecho (); atelectasia compresiva del parénquima pulmonar adyacente (). C. Corte axial con desplazamiento medial del hígado e interposición de asa delgada entre el hígado y diafragma (Signo de Chilaiditi)(). Marcada distensión gástrica (). D. Corte coronal donde se observa la hernia diafragmática derecha con la interposición de asas de intestino delgado (), la distensión gástrica () y el marco cólico colapsado (*).*

BIBLIOGRAFÍA

1. R. González López, M. I. Pérez Moreiras, et al. Obstrucción intestinal por hernia diafragmática posterolateral derecha encarcerada. Revista española de enfermedades digestivas. Madrid 2010; 102. N.º.11
2. B. de Pablo Márqueza, D. Pedrazas López, D. García Font, et al. Signo de Chilaiditi. Gastroenterología y Hepatología. Elsevier. Barcelona 2016;39(5):361 - 364. DOI: 10.1016/j.gastrohep.2015.12.002.
3. MG Santamarina, S. Rinaldi, AD Baltazar, MM Volpacchio. Rol de la TC multicorte en las hernias diafragmáticas. Ensayo iconográfico. Rev Arg Radiol. 2009;73:421-32.
4. P.Menéndez-Sánchez, P. Villarejo-Campos, et al. Obstrucción intestinal tardía como consecuencia de una hernia diafragmática postraumatismo. Cirugía y Cirujanos. Madrid 2012;80:72-75.