

Caso clínico-radiológico para diagnóstico

Darío García M.¹, Víctor Díaz B.^{1, 2}

HISTORIA CLÍNICA

Se trata de una niña de 5 meses de edad que, estando previamente sana, inicia 24 horas antes de consultar un cuadro caracterizado por fiebre de hasta 38,5° C axilar, tos, decaimiento y rechazo alimentario. Al examen pulmonar, se auscultaban algunos roncus bilaterales, siendo el examen físico en lo demás normal.

Se solicitó una radiografía (Rx) de tórax anteroposterior (AP) y lateral (figuras 1a y b).

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS

Las figuras 1a y 1b muestran una imagen de partes blandas de borde convexo, bien delimitada, en la mitad inferior del hemitórax derecho, de situación medial y posterior (flechas). Mide aproximadamente 6 x 6 cm en sus ejes mayores, presenta aire en su interior y una pared relativamente gruesa.

En la porción visible del abdomen se observa gas en el hipocondrio izquierdo, probablemente en relación al estómago y al colon.

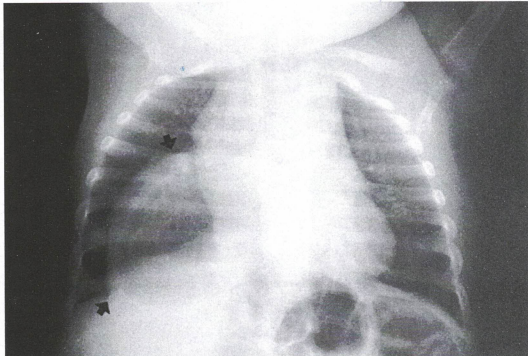


Figura 1a.: Rx de torax anteroposterior.

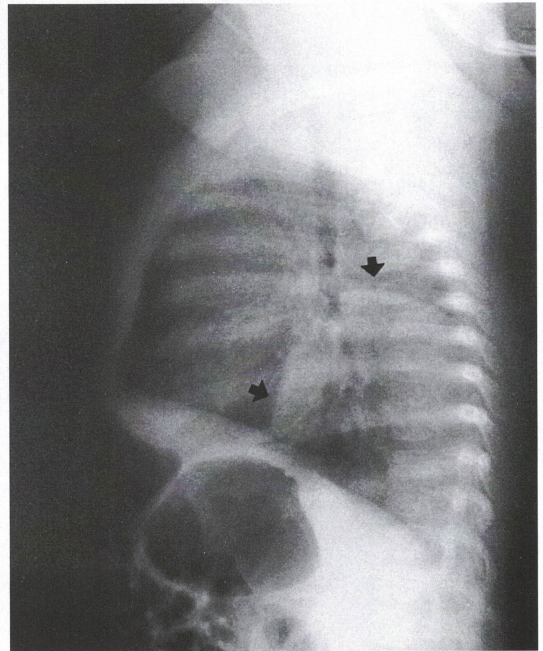


Figura 1b.: Rx de torax lateral.

**¿Cuál es su diagnóstico?
¿Qué examen de imagen solicitaría para confirmarlo?**

1. Departamento de Radiología, Hospital Clínico, Pontificia Universidad Católica de Chile.
2. Servicio de Radiología, Clínica Santa María, Santiago.

Como primera posibilidad debe sospecharse ascenso de una víscera hueca hacia el hemitórax derecho a través de un orificio herniario, y por las características y el tamaño de la imagen debe descartarse una hernia gástrica.

Por este motivo, el examen se complementó con una Rx de esófago, estómago y duodeno (EED) (figura 2), donde se demuestra que la imagen descrita en la base del hemitórax derecho corresponde a una herniación del fondo gástrico a través del hiato esofágico (cabeza de flecha).

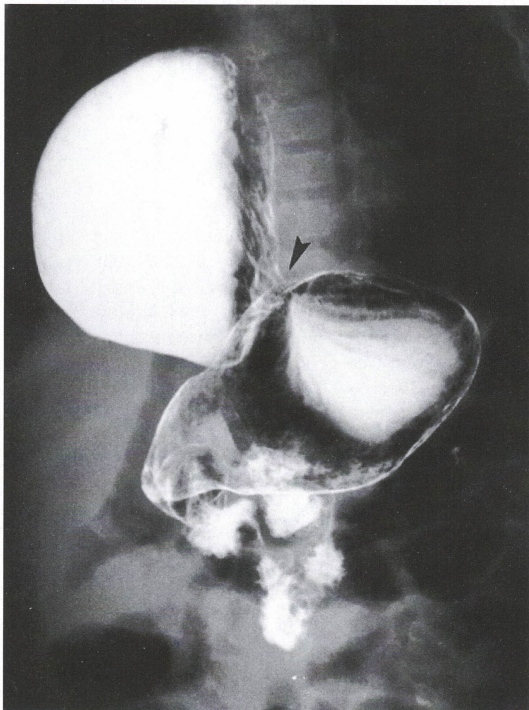


Figura 2: Rx EED con medio de contraste.

DIAGNÓSTICO

Hernia gástrica hiatal por deslizamiento.

DISCUSIÓN

La hernia hiatal (HH) ocurre cuando la unión gastroesofágica se desplaza hacia el tórax a través del hiato esofágico. Su etiología es incierta y se ha planteado, por la asociación entre HH y retardo en el vaciamiento gástrico, que la elevación de la presión in-

tragástrica junto con una peristalsis gástrica activa podría ser un factor etiológico importante.

La unión gastroesofágica en niños pequeños, y en especial en lactantes, se diferencia de la de los adultos en varios aspectos: en niños el hiato presenta un canal más estrecho, el esófago subdiafragmático es corto, el ángulo a nivel de la unión esofago-gástrica (ángulo de His) es menos agudo y el límite entre la mucosa gástrica y esofágica puede ser difícil de reconocer. Estas características podrían predisponer a los niños pequeños a un mayor riesgo de presentar HH y reflujo gastroesofágico (RGE).

Se describen básicamente dos tipos de hernia hiatal: las por deslizamiento y las paraesofágicas.

La HH por deslizamiento corresponde al tipo más frecuente (95%) y se caracteriza por pérdida del ángulo de His, de tal manera que el esófago y el estómago forman un tubo recto, el que presenta una constricción proximal (esfínter esofágico inferior) y una distal (hiato). Tiene una alta incidencia de RGE asociado y puede reducirse en bipedestación. Su diagnóstico es esencialmente radiológico y el método diagnóstico de elección es la Rx EED.

La HH paraesofágica corresponde al 5% de las HH. En esta el ángulo de His se mantiene y parte del fondo gástrico se hernia sobre el diafragma a través del hiato, quedando el segmento gástrico herniado al lado del esófago. De esta manera, la unión gastroesofágica permanece por debajo del diafragma. Este tipo de HH se asocia con menor frecuencia a RGE y su diagnóstico también es radiológico.

La HH secundaria a acortamiento congénito del esófago es muy rara. La mayor parte de los casos descritos han correspondido a esofagitis por RGE y un esófago corto, secundario a espasmo y fibrosis. Un esófago corto asociado a hernia hiatal puede también observarse después de la reparación quirúrgica de una atresia esofágica o por fibrosis secundaria a esofagitis por ingesta de cáusticos.

La sintomatología clínica de HH con o sin RGE asociado es altamente variable, desde pacientes completamente asintomáticos a pacientes con síntomas secundarios a esofagitis por RGE. Otros síntomas incluyen vómitos, hematemesis, melena, disfagia, anemia, bajo peso, retraso en el crecimiento,

broncoaspiración, infecciones pulmonares recurrentes o síntomas similares al asma bronquial. Cuando existen vómitos, estos son en general de difícil manejo y pueden no responder al tratamiento médico.

En los pacientes con retardo mental o daño neurológico existe una mayor incidencia de HH y RGE. Ocasionalmente pueden también presentar signos neurológicos con movimientos atetósicos relacionados con la alimentación, los que mejoran con la corrección quirúrgica de la hernia hiatal (síndrome de Sandifer).

La HH puede ser evidente en una Rx simple de tórax o de abdomen, como ocurrió en nuestra paciente. Generalmente se manifiesta como un área de mayor transparencia retrocardíaca, en pacientes que consultan por otro motivo e incluso que no presentan sintomatología gastroesofágica. Ante la sospecha diagnóstica debe realizarse un estudio contrastado del tracto gastrointestinal superior (Rx-EED), que permite evaluar en forma adecuada la anatomía del esófago, de la unión gastroesofágica, del estómago y del duodeno; permite además evaluar la peristalsis esofágica, el vaciamiento gástrico y detectar RGE asociado.

En el estudio radiológico contrastado es posible identificar el esfínter esofágico inferior, que si está elevado, sugiere una HH. Otros signos radiológicos de HH incluyen un hiato muy ancho con un esófago proximal dilatado y, por supuesto, ascenso del estómago por sobre el nivel del diafragma.

La complicación más frecuente de la HH es la esofagitis péptica secundaria a RGE. Ocasionalmente una HH paraesofágica grande puede llevar a un vólvulo órgano-axial del estómago con obstrucción del píloro.

La corrección quirúrgica de la hernia hiatal generalmente es definitiva y logra la regresión de los síntomas y complicaciones que pudiera ocasionar. La cirugía consiste usualmente en la reparación del hiato con fijación del estómago en la cavidad abdominal y plicatura a nivel del fondo para prevenir el reflujo (funduplicatura de Nissen). Si a pesar de estas maniobras no se resuelve el espasmo o estrechez del esófago, puede ser necesaria una cirugía adicional.

REFERENCIAS

1. *Franken E, Smith W:* Gastrointestinal imaging in pediatrics. Toronto: Ed. B.C. Decker, 1992: 95-105.
2. *Stringer D:* Pediatric Gastrointestinal Imaging. Philadelphia: Harper & Row, Publishers. 1994: 178-87.
3. *Darling DB:* Hiatal hernia and gastroesophageal reflux in infancy and childhood. *AJR* 1985; 123: 724-36.
4. *Darling DB, Fisher JH, Gellis SS:* Hiatal hernia and gastroesophageal reflux in infants and children: Analysis of the incidencia in North American children. *Pediatrics* 1984; 54: 450-5.
5. *Johnston JH:* Hiatus hernia in childhood. *Arch Dis Child* 1985; 35: 61-5.
6. *Steiner GM:* Review article: Gastroesophageal reflux, hiatus hernia and the radiologist, with special reference to children. *Br J Radiol* 1987; 50: 164-74