

REVISTA MEDICA DE COSTA RICA

Director: Dr. JOAQUIN ZELEDON

Tomo VII

San José, Costa Rica, Octubre de 1947
No. 162

Año XIV

Un caso de Hernia Diafragmática Congénita

Por el Dr. C. Sáenz Herrera

Sección de Pediatría

Hospital San Juan de Dios

Por lo interesante y relativamente raro, he creído últi hacer resaltar el presente caso de: **HERNIA DIAFRAGMATICA CONGENITA.**

HISTORIA:

Nombre: M. del C. C. M. S. Edad: 5 días: Sexo: femenino.

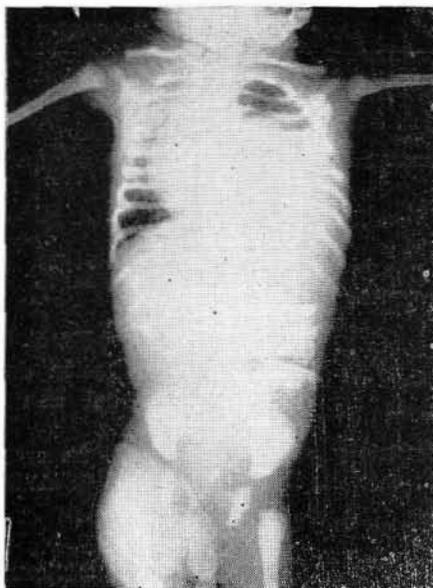
Procedencia: San Isidro de Coronado, provincia de San José. Antecedentes hereditarios: sin interés.

Antecedentes personales: parto normal; horas después de su nacimiento pequeñas crisis de cianosis que fueron aumentando en frecuencia e intensidad. La niña lloró bien al nacer, aún cuando actualmente al llorar es justamente cuando entra en asfixia, cogió bien el pecho durante los primeros 3 días, haciéndose actualmente más difícil su alimentación.

EXAMEN FISICO:

Buen estado de nutrición. Temperatura: 37°; cianosis; intensa disnea con tiraje diafragmático. Fontanela normal. Pupilas reaccionan a la luz. Oídos, nariz, garganta negativos. **TORAX:** ligero levantamiento en el hemitórax izquierdo.— **CORAZON:** macicez cardíaca desviada a la derecha, iniciándose en la línea media y llegando a 1 cm. afuera de la línea mamilar derecha a nivel del 4º espacio; tonos cardíacos puros, oyéndose preferentemente en el hemitórax derecho.

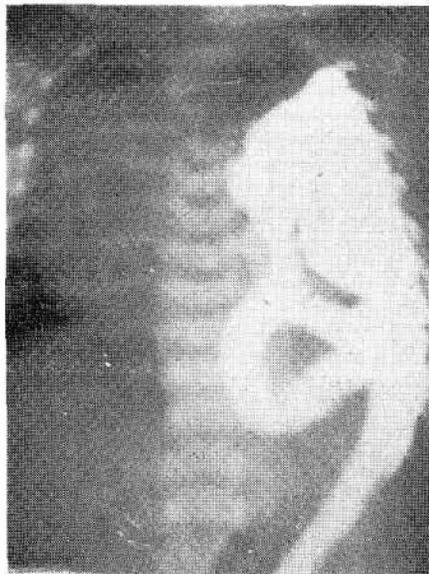
PULMONES: plano anterior campo pulmonar derecho: submate especialmente en el vértice, en área cardíaca normal existe sonoridad que corresponde al levantamiento del hemitórax ya señalado. Tercio superior izquierdo y base: estertores subcrepitantes finos: muy marcada disminución respiratoria en la zona de sonoridad. Plano poste-



rior: macidez de todo el campo pulmonar izquierdo; numerosos estertores finos diseminados. **ABDOMEN:** suave. **HIGADO:** se siente en el reborde costal. **BAZO:** no palpable. **GENITO—URINARIO** vulvitis del recién nacido. **NEURO—MUSCULAR:** reflejos tendinosos disminuidos; reflejo plantar en extensión.

En vista de este examen se sugiere un diagnóstico provisional de: **ATELECTASIA DEL PULMON DERECHO CON PNEUMOTORAX IZQUIERDO DE ORIGEN CONGENITO.**

Se ha citado la coincidencia de una **ATELECTASIA** masiva congénita de un pulmón que desvía el mediastino hacia ese lado y que ha podido acompañarse de pneumotórax; tal la primera impresión que tuve, la cual me llevó a hacer el estudio radiográfico con la intención de que si tal impresión se confirmara, se llevara a cabo una broncoscopia con aspiración de secreciones, que al obstruir el árbol bronquial, son causa de tales cuadros. Sin embargo, la radiografía practicada en la mañana siguiente demostró una enorme desviación del mediastino a la derecha y una sombra bastante homogénea, llenando las $\frac{3}{4}$ partes inferiores del campo pulmonar izquierdo, sospechando la posibilidad de una "hernia diafragmática", se procedió a hacer un enema opaco que vino a poner de manifiesto la existencia de una enorme hernia diafragmática izquierda con pasaje al hemi-



tórax, de gran parte del Colon transverso—descendente.

La niña fué colocada en una posición casi vertical; mantenida con oxígeno y alimentada con una sonda; muriendo, sin embargo, horas después.

OBSERVACIONES

Cabe recordar la distinción entre hernia diafragmática embriónica y hernia diafragmática fetal. La primera se produce por la amplia comunicación de las cavidades peritoneal y pleural y por lo tanto carece de "saco". La segunda demuestra un paro del desarrollo fetal que se produce después del 2º mes, en que ya se han separado dichas cavidades por el peritoneo y en tal caso la hernia si tiene "saco". Pueden producirse también, hernias menos extensas a través del hiato esofágico del foramen Bochdalek y del foramen Morgagni. Recordemos, también, la posibilidad de una eventración con abombamiento de un hemi—diafragma, lo que no constituye en realidad una hernia. (II) Nuestro caso viene a confirmar la regla de que la hernia diafragmática congénita es diez veces más frecuente del lado izquierdo. Su sintomatología y el examen radioscópico y radiográfico no admiten discusión alguna; sin embargo, cabe hacer

resaltar dos hechos: el uno el de que la asfixia se produce cuando el niño hace un esfuerzo (llanto), lo que hace suponer que, en tal acto, la compresión pulmonar y desviación del Mediastino, son mayores; el otro, el de que a pesar de la importancia de la hernia no se apreció deformación especial de las paredes abdominales, síntoma que ha sido descrito como corriente en tales circunstancias.

Cuando se hizo el diagnóstico desgraciadamente el estado del niño era pre-agónico; sin embargo, la única posibilidad de vida que podemos ofrecer en tales casos es la de un tratamiento quirúrgico inmediato cuya mortalidad ya ha sido evaluada, por algunos, en más de un 40 por ciento; se citan recientemente algunos resultados exitosos que deben estimularnos a reconocer su acto quirúrgico apenas hecho el diagnóstico, ojalá, antes de los primeros cuatro o cinco días, para evitar que pasado ese tiempo el intestino se distienda como fisiológicamente lo hace y venga a agravar rápidamente la asfixia por compresión.

BIBLIOGRAFIA

- I.—E. Forgue — Précis Pathologie Externe. T. II. Pág. 568
 - II.—Griffith y Mitchell — Tratado de Pediatría 1943 Pág. 590
 - III.—William E. Ladd — Children's Surgery. New England. S. Med. 222 : 353. Feb. 29 1940
 - IV.—J. G. Probsteyn y J. Diamond — Diaphragmatic Hernia in Infancy — J. Missouri M. A. 41: 95:97 May 1944.
 - V.—W. E. Ladd y Robert E. Gross — ABDOMINAL SURGERY OF INFANCY AND CHILDHOOD. Año 1941, Pág. 333.
-