



Caso clínico

Diagnóstico de Hernia Paraesofágica Encarcelada en el Cuarto de Urgencias. Reporte de Caso.

Diagnosis of an Incarcerated Paraesophageal Hernia in the Emergency Room. A Case Report.

*Cerrud Rodríguez, Roberto; * Mon Barrios, Luis; *Filós, José Eduardo; *Araúz Arkadievich, Antonio

*Clínica Hospital San Fernando

Palabras claves:

dolor abdominal, hernia paraesofágica, hernia hiatal

Keywords:

abdominal pain, paraesophageal hernia, hiatus hernia

Correspondencia a:

Dr. Roberto Cerrud Rodríguez

Correo electrónico:

robertocerrud@gmail.com

Resumen

La hernia paraesofágica, en todas sus variantes, es la forma menos común de hernia hiatal, y su presentación severamente sintomática es aún menos frecuente, lo que tiene como consecuencia que no sea tomada en cuenta al momento de la elaboración del diagnóstico diferencial de dolor abdominal en cuarto de urgencias, atrasando su diagnóstico y manejo correcto. Se presenta el caso de una paciente que acude con dolor abdominal difuso y distensión con múltiples reconsultas en el cuarto de urgencias de otra institución, a la cual, luego de una evaluación clínica y radiológica en nuestro cuarto de urgencias, se le diagnostica una hernia paraesofágica encarcelada.

Abstract

The paraesophageal hernia, in all of its variants, is the least common form of hiatal hernia. Its severely symptomatic presentation is even less common, which is the cause for it to not be included in the differential diagnosis of abdominal pain in the Emergency Room, delaying its correct diagnosis and treatment. We present the case of a patient with diffuse abdominal pain and distention whom, after several consults in the ER of another hospital, comes to our ER where she is diagnosed with an incarcerated paraesophageal hernia.

INTRODUCCIÓN

Una hernia hiatal es la protrusión de parte del estómago dentro de la cavidad torácica a través del hiato esofágico del diafragma. Las hernias hiales se clasifican en cuatro tipos: la tipo I es la hernia hiatal "deslizante", donde la unión gastroesofágica se encuentra por encima del nivel del hiato esofágico y su principal importancia clínica radica en su asociación con la enfermedad por reflujo gastroesofágico [1-2].

Las hernias hiales de tipo II, III y IV son todas variantes de hernia paraesofágica y son mucho menos comunes que la tipo I, siendo su principal significancia clínica el potencial para complicaciones mecánicas [2]. La hernia hiatal tipo II resulta de un defecto localizado en la membrana frenoesofágica mientras la unión gastroesofágica

se mantiene fija. La hernia tipo III combina elementos de la hernia tipo I y II, con desplazamiento de la unión gastroesofágica por encima del nivel del diafragma y el estómago desplazado hacia el mediastino posterior. La hernia tipo IV está asociada a un defecto grande en la membrana frenoesofágica que permite que órganos de la cavidad abdominal, como el colon, el bazo, el páncreas y el intestino delgado entren al saco herniario [2-4].

En general, la hernia hiatal es un hallazgo común en la población de adultos mayores, pero su prevalencia varía mucho dependiendo de la población estudiada. En la población norteamericana caucásica, se estima que su prevalencia es aproximadamente el 60% de los individuos mayores de 50 años de edad [5]. Alrededor del 95% de

las hernias hiatales son del tipo I (deslizantes) y sólo el 5-14% pertenece a los demás tipos (II, III y IV) [2,6].

El único estudio encontrado en nuestra revisión que establece una prevalencia de la hernia paraesofágica severamente sintomática, en la población general, fue realizado en Finlandia y estableció la misma en 8.2 casos por millón de habitantes adultos [4].

de 91% en el diferencial manual, hemoglobina 12.9 g/dL, hematocrito en 39% y plaquetas en 285,000.

La química sérica reveló creatinina en 0.78 mg/dL, sodio en 136.7 mmol/L, potasio en 2.77 mmol/L, CO₂ en 35 mmol/L, cloro en 89.6 mmol/L.

En el urinalisis se encontró orina turbia, con cetonas 3+, pH 7 que al examen por microscopía demostró 21 eritrocitos por campo y 107 leucocitos por campo, sin bacterias observables.

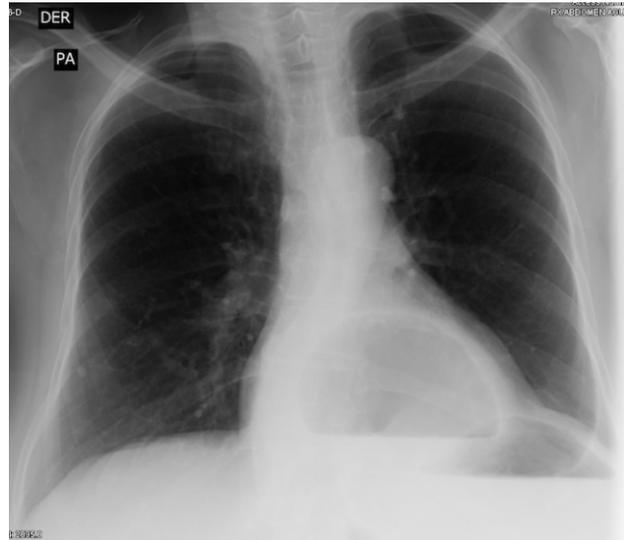
CASO CLÍNICO

Femenina de 72 años, pensionada, procedente del distrito de San Miguelito, ciudad de Panamá quien acude a evaluación al cuarto de urgencias por cuadro de 6 días de evolución, de dolor abdominal difuso y constante, asociado a leve dificultad respiratoria, marcada distensión abdominal, eructos constantes, náusea y vómitos de contenido alimentario y mucoso, sin sangre, con una frecuencia de al menos una vez cada día.

Se ordena serie de abdomen agudo, que revela cámara aérea con nivel líquido proyectada sobre la silueta cardiaca, que puede guardar relación con hernia hiatal grande. Hay meteorismo de asas de intestino grueso y delgado sin evidencia de patrón obstructivo. No hay aire libre subdiafragmático, ni patología pleuropulmonar. (Ver Imágenes N° 1 y 2)

La paciente niega fiebre, disuria, aumento de la frecuencia urinaria o diarrea. Refería escalofríos, no haber tenido evacuaciones desde hacía 5 días, pero se mantenía canalizando flatos.

Imagen N°1: Rayos X de Tórax PA



La paciente había consultado en al menos 3 ocasiones desde el inicio de su cuadro en el cuarto de urgencias de otra institución, siendo manejada como una infección gastrointestinal y dándosele egreso, cada vez, con tratamiento ambulatorio.

La paciente tenía antecedentes de hernia hiatal tipo I, sangrado digestivo alto en 2 ocasiones (a los 9 y a los 5 meses previos a la enfermedad actual), diverticulosis y síntomas inespecíficos de pérdida de apetito y pérdida de peso no cuantificada de inicio 5 meses antes de enfermedad actual.

Imagen N°2. Rayos X de Abdomen en Bipedestación



Al momento de la evaluación en el cuarto de urgencias, la paciente se encontró con los siguientes signos vitales: febrícula de 37.6°C, frecuencia cardiaca 99 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 22 por minuto y presión arterial 151/79 mmHg.

Al examen físico se encuentra paciente consciente, alerta, orientada en las 3 esferas, con apariencia decaída y palidez generalizada en piel y mucosas, evaluación cardiopulmonar dentro de límites normales, con gran distensión abdominal (la paciente refirió inicio súbito de este signo hacía 6 días), ruidos hidroaéreos aumentados, timpánica a la percusión, con masa palpable en hipocondrio derecho, extremadamente dolorosa a la palpación. No había signo de rebote, ni de defensa. El resto del examen físico general fue normal.

Se ordenan pruebas de laboratorio de urgencia. El hemograma demostró leucocitosis de 11,300 con neutrofilia

Debido al pobre estado clínico de la paciente, a los hallazgos poco concluyentes de la serie de abdomen de agudo y de los exámenes de laboratorio ordenados, y a la necesidad de establecer un diagnóstico preciso, se considera necesario ordenar una tomografía computada con contraste de abdomen y pelvis, para lo cual se inicia preparación de la paciente. Se inicia también corrección parenteral de su hipokalemia.

La tomografía es realizada exitosamente y revela gran dilatación gástrica y hernia hiatal paraesofágica con introducción hacia el tórax de la cara anterior del antro gástrico, condicionando una marcada disminución de calibre que, debido al paso de contraste distalmente hacia el marco colónico, se interpreta como una suboclusión. La gran dilatación gástrica aguda desplaza al bazo medialmente y hay desplazamiento de las asas de intestino delgado hacia la derecha. También hay discreta efusión pleural izquierda y atelectasia pasiva ipsilateral secundaria. (Ver Imagen N°3)

Se solicita evaluación al cirujano de turno, quien acude a evaluar a la paciente y decide realizar cirugía de urgencia por hernia paraesofágica encarcelada. A la paciente

se le colocó un tubo de SNG pre operatorio el cuál drenó 3L con mejoría sintomática inmediata.

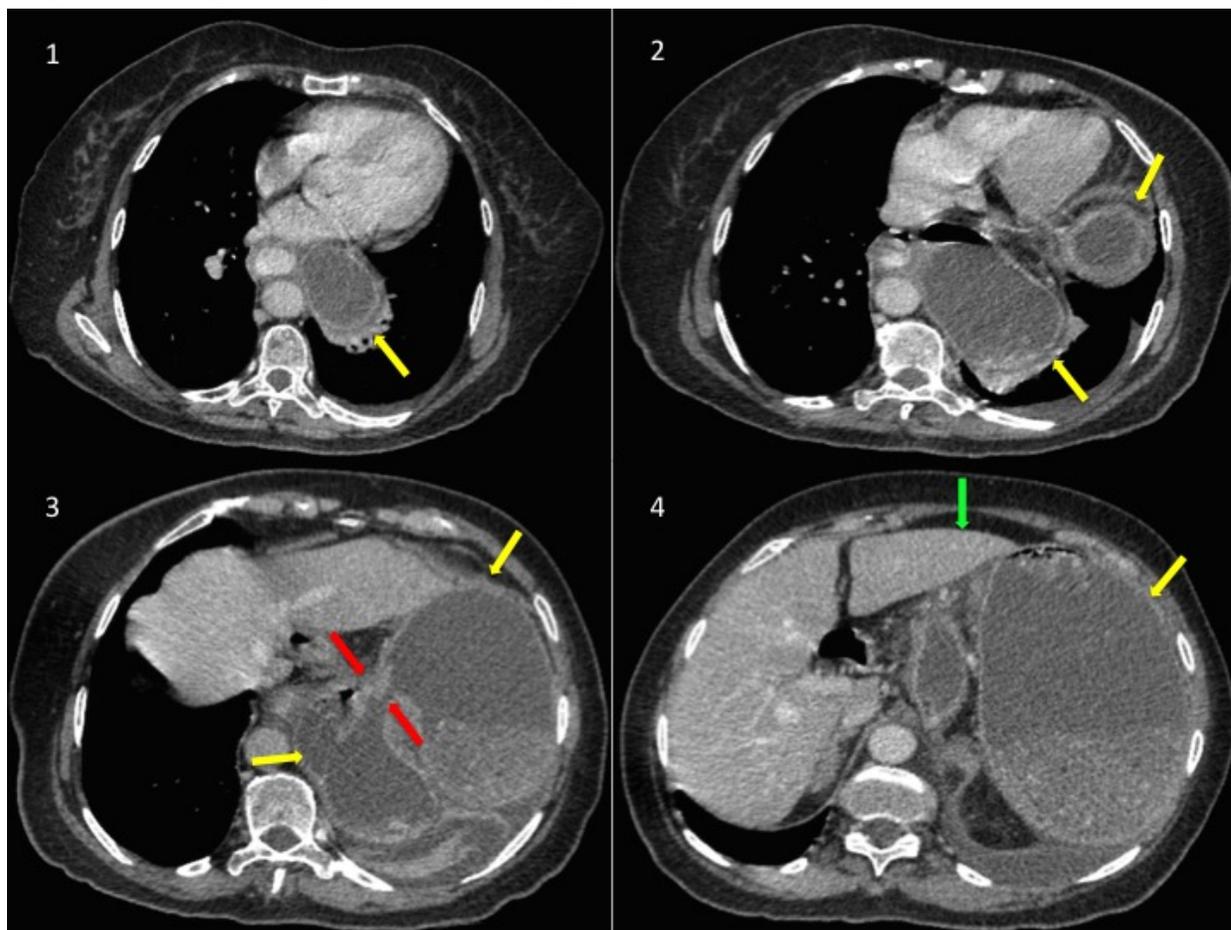
Fue llevada al salón de operaciones ese mismo día, realizándose una laparotomía por línea media supra umbilical. Se encontró una hernia hiatal tipo 3, con un hiato de aproximadamente 3 centímetros de diámetro. El estómago se encontraba severamente dilatado y flácido. Se reparó el defecto del hiato con puntos separados de seda 2-0 y se realizó una funduplicatura con puntos de seda 2-0. También se efectuó gastropexia con puntos de seda 2-0 del cuerpo gástrico a la pared abdominal.

La paciente cursó post operatorio con íleo gástrico prolongado de 12 días de duración dándose de alta a los 15 días post operatorio.

DISCUSIÓN

La mayor parte de los pacientes con hernia paraesofágica tienen síntomas mínimos. En los casos en los que se

Imagen N°3. Tomografía computada de abdomen y pelvis con contraste.



Flecha amarilla: estómago; roja: área de suboclusión; verde: bazo.

desarrollan síntomas obstructivos, estos pueden ir desde náusea, distensión abdominal y llenura postprandial, hasta distrés agudo con arcadas y disfagia [7]. También pueden presentarse con dolor torácico o abdominal, tos, disnea y anemia [8].

En una serie de 53 casos de hernia paraesofágica encarcelada, se describió la siguiente frecuencia de síntomas: en 43 casos hubo distrés precordial postprandial, en 24 casos hubo sangrado digestivo alto (evidente u oculto), en 13 casos hubo disnea severa y en 4 casos hubo obstrucción completa asociada con vólvulo organoaxial [9].

En cuanto a las patologías que muestren asociación con esta entidad, un estudio retrospectivo realizado en Estados Unidos encontró que las enfermedades con mayor asociación con la hernia paraesofágica son: otras enfermedades del tracto gastrointestinal, obesidad, hipertensión arterial crónica, enfermedades de la vesícula y vías biliares, y adhesiones peritoneales [1].

Es crucial destacar el hecho que, debido a la poca frecuencia de esta entidad, no se le suele tomar en cuenta al momento de elaborar el diagnóstico diferencial en el cuarto de urgencias, motivo por el que se suele pasar por alto, encontrándose descrito en la literatura casos en los que una hernia para esofágica encarcelada es confundida hasta con un síndrome coronario agudo (cuando el síntoma principal es dolor torácico), lo que retrasa y complica su ulterior manejo quirúrgico, una vez se encuentra la verdadera afección del paciente [10].

Como se demostró en nuestro caso, la tomografía computada juega un rol trascendental a la hora de realizar el diagnóstico de hernia para esofágica encarcelada, pues ayuda a contextualizar los hallazgos que se encuentran en la serie de abdomen agudo [7,11].

En el ámbito del cuarto de urgencias, una vez se ha establecido este diagnóstico, se hace necesaria la reparación quirúrgica urgente de la misma, la que usualmente tiene un perfil riesgo-beneficio favorable al paciente, con una mortalidad <10% [4,6,7].

REFERENCIAS

- [1] Yang J, Logan J. A Data Mining and Survey Study on Diseases Associated with Paraesophageal Hernia. En la AMIA 2006 Symposium Proceedings; 2006; Portland. p. 829-833.
- [2] Kahrilas P, Kim H, Pandolfino J. Approaches to the Diagnosis and Grading of Hiatal Hernia. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*. 2008; 22(4).
- [3] Medical College of Wisconsin. Paraesophageal Hernia (Hiatal Hernia). [Online].; 2015 [citada el 24 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.mcw.edu/General-Surgery/Patient-Info/GERD-Surgery-Program/Paraesophageal-Hernia.htm> .
- [4] Sihvo E, Salo J, Räsänen J, Rantanen T. Fatal complications of adult paraesophageal hernia: A population-based study. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*. 2009; 137(2).
- [5] Goyal R. Hiatal Hernia. Encontrado en Fauci A, Braunwald E, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson J, et al., editors. *Harrison's Principles of Internal Medicine 17th edition.*: McGraw Hill Medical; 2008. p. 1854.
- [6] Torres-Villalobos G, Martín-del Campo L, Vásquez-Sánchez L, Carranza-Martínez I, Santiago-Andrade R, Santillán-Doherty P. Optimizando los resultados en hernia paraesofágica. *Cirugía y Cirujanos*. 2011; 79(4): p. 379-83.
- [7] Cheng C, Tseng C, Chang Y. Case Report: A surgical emergency due to an incarcerated paraesophageal hernia. *The American Journal of Emergency Medicine*. 2009; 27.
- [8] Ponte A, Pinho R, Viveiros F, Ferreira J, Tavares A, Fernandes C, et al. Incarcerated giant hiatal hernia. 2014; 46(S01): p. E561-62.
- [9] Pearson F, Cooper J, Ilves R, Todd T, Jamieson W. Massive hiatal hernia with incarceration: a report of 53 cases. *Annals of Thoracic Surgery*. 1983; 35(1): p. 45-51.
- [10] Trainor D, Duffy M, Kennedy A, Glover P, Mullan B. Gastric perforation secondary to incarcerated hiatus hernia: an important differential in the diagnosis of central crushing chest pain. *Emergency Medicine Journal*. 2007; 24: p. 603-4.
- [11] Elizondo-Argueta S, Rodríguez-Guerrero F. Hernia diafragmática, a propósito de un caso. *Medicina Interna de México*. 2013; 29(1): p. 525-28.