

IMÁGENES EN PEDIATRÍA

No es una neumonía, es una hernia diafragmática

It's not pneumonia, it's a diaphragmatic hernia



M.E. Carazo Palacios^{a,*}, V. Ibáñez Pradas^a, R. Llorens Salvador^b,
J. Lluna González^a y P. Rodríguez Iglesias^a

^a Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital La Fe, Valencia, España

^b Servicio de Radiología, Hospital La Fe, Valencia, España

Disponible en Internet el 29 de marzo de 2015

Varón de 10 años, previamente sano, que debuta con un cuadro de tos no productiva y dolor torácico de un mes de evolución. Con la sospecha diagnóstica de neumonía atípica es tratado con claritromicina durante 10 días sin

mejoría. Se le realiza una radiografía (fig. 1) donde se le diagnostica de neumonía complicada con empiema. Lo derivan a nuestro hospital para tratamiento y drenaje del empiema.

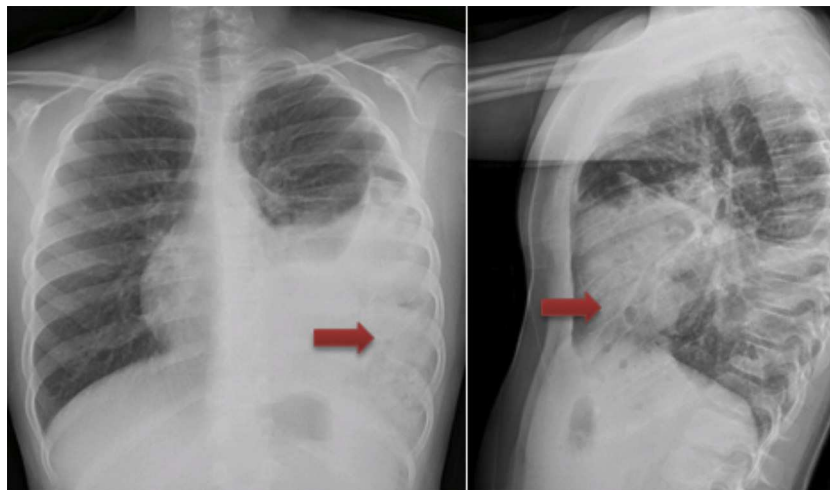


Figura 1 Radiografía de tórax del hospital de origen: se informa como neumonía complicada con empiema. Se puede observar una zona con un patrón hidroaéreo intratorácico (flecha)

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: hellencazazo@gmail.com (M.E. Carazo Palacios).

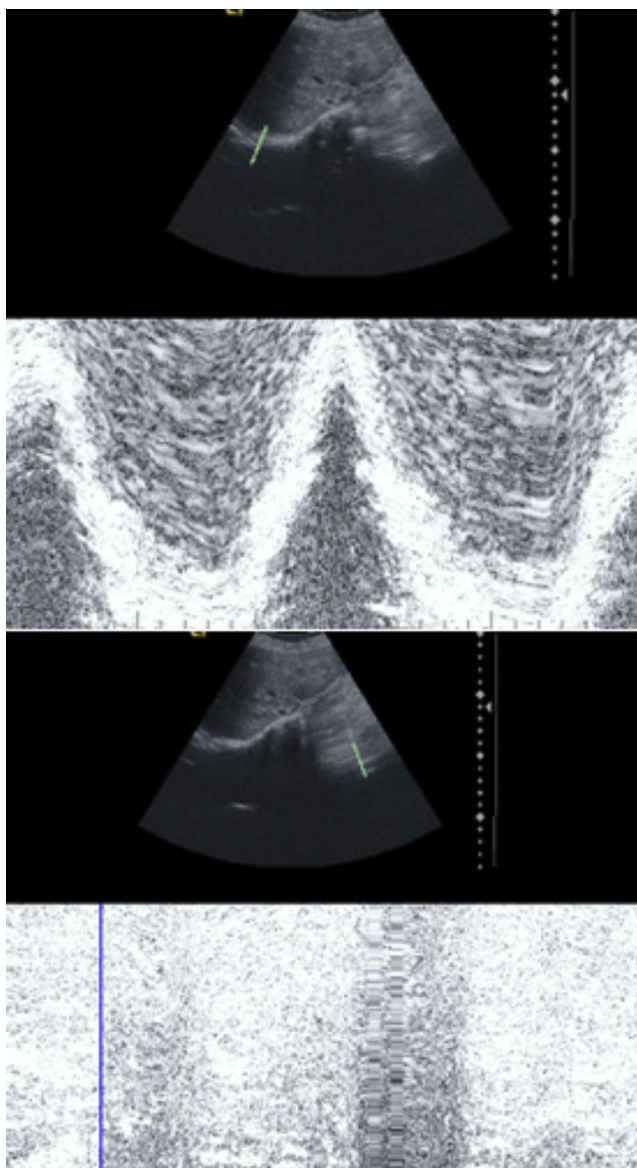


Figura 2 Ecografía torácica: A) Diafragma derecho de características normales. B) Diafragma izquierdo que no se visualiza.

A su llegada, a la auscultación se aprecia una disminución del murmullo vesicular en hemitórax izquierdo y ruidos hidroaéreos dispersos. Tras revisar las imágenes, se realiza una ecografía y tomografía axial computarizada (figs. 2 y 3) observándose parte del intestino delgado y colon izquierdo intratorácicos. El diafragma izquierdo no se visualiza. El diagnóstico es compatible con una hernia diafragmática.

Es intervenido mediante toracoscopia 48 h más tarde de forma exitosa. El paciente fue dado de alta al 5.º día del postoperatorio. Actualmente, se encuentra asintomático.

La incidencia de la hernia diafragmática es de uno por cada 3.000 recién nacidos vivos, su diagnóstico tardío ocurre



Figura 3 Hernia diafragmática posterior y lateral izquierda que contiene intestino (desde yeyuno a ángulo esplénico del colon), cuerpo-cola de páncreas y grasa mesentérica.

en el 5-15% de las mismas¹. Parece que la herniación del contenido abdominal ocurre posnatalmente a través de un defecto congénito anterior. Si no existe un antecedente traumático importante es improbable la existencia de una hernia diafragmática adquirida². En el 43% de las ocasiones, la sintomatología es respiratoria como en nuestro caso, en un 33% gastrointestinal. El defecto es más frecuentemente izquierdo³. Es importante considerar esta enfermedad pues su detección tardía aumenta la morbimortalidad de estos pacientes¹⁻³.

Bibliografía

1. Baerg J, Kanthimathinathan V, Golling G. Late-presenting diaphragmatic hernia: Diagnosis pitfalls and outcome. *Hernia*. 2012;16:461-6.
2. Ayala JA, Naik-Mathuria B, Olutoye OO. Delayed presentation of congenital diaphragmatic hernia manifesting as combined-type acute gastric volvulus: a case report and review of the literature. *J Pediatr Surg*. 2008 Mar;43:35-9.
3. Chang SW, Lee HC, Yeung CY, Chan WT, Hsu CH, Kao HA, et al. A twenty-year review of early and late-presenting congenital Bochdalek diaphragmatic hernia: Are they different clinical spectra? *Pediatr Neonatol*. 2010;51:26-30.