



IMÁGENES EN PEDIATRÍA

Diagnóstico de hernia diafragmática congénita de presentación tardía mediante ecografía a pie de cama

Diagnosis of a late-onset congenital diaphragmatic hernia using bedside ultrasound

Ignacio Oulego-Erroz^{a,b,c,*}, Jose Pradillos-Serna^d y Erick Ardelá-Díaz^d

^a Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

^b Grupo de Ecografía de la Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos, España

^c Instituto de Biomedicina de León (IBIOMED), León, España

^d Servicio de Cirugía Pediátrica, Complejo Asistencial Universitario de León, León, España



Disponible en Internet el 26 de febrero de 2020

Paciente de 6 meses que es trasladado a la UCIP desde otro centro para colocación de drenaje pleural. Ingresado desde hace 48 h por neumonía (fig. 1A) con fiebre persistente, taquipnea y distensión abdominal pese a antibioterapia. Realizada radiografía en decúbito lateral (fig. 1B) y ecografía torácica por radiología (imagen no disponible) que es informada como derrame pleural de 25 mm con presencia de ecos en su interior sugestivo de empiema. A su llegada a la UCIP destaca mal estado general, vómitos biliosos y distensión abdominal. Previamente a la toracocentesis se realiza una ecografía a pie de cama observándose una «colección» redondeada (fig. 2A) no delimitada por línea pleural con una pared gruesa y que se continúa hacia el abdomen por debajo del diafragma (fig. 2B) que podría corresponder a asas intestinales dilatadas. Con la sospecha de hernia diafragmática congénita (HDC) se avisa a cirugía pediátrica.

En la intervención se confirma un pequeño defecto diafragmático izquierdo con herniación de asas que ocasiona un vólvulo y obstrucción intestinal. Se reducen asas y se cierra el defecto de forma primaria sin necesidad de resección.

Un pequeño porcentaje de las HDC pueden pasar inadvertidas en el periodo neonatal¹. La HDC de presentación tardía es difícil de sospechar, y los errores en la interpretación de la radiología en estos casos son frecuentes². Revisando retrospectivamente la radiografía de nuestro paciente se observaban datos de obstrucción intestinal (fig. 2). La ecografía a pie de cama es una herramienta de gran valor para mejorar la seguridad de los procedimientos invasivos. En nuestro caso permitió sospechar un diagnóstico alternativo sin necesidad de otras pruebas evitando una toracocentesis potencialmente peligrosa³, y permitiendo enviar al paciente al quirófano sin demora para el tratamiento definitivo.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ignacio.oulego@gmail.com (I. Oulego-Erroz).

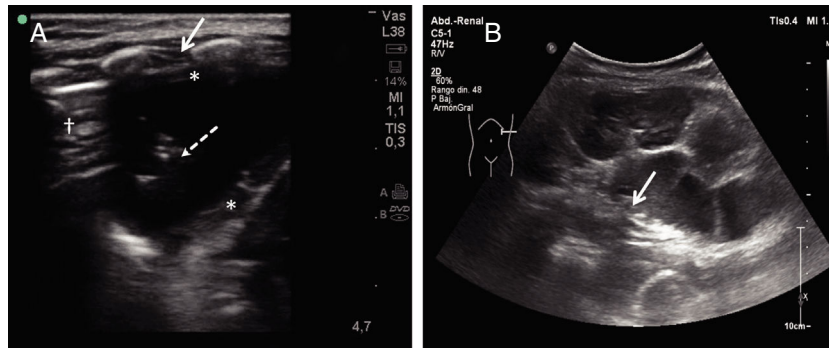


Figura 1 Ecografía en el punto de cuidado. A) Sonda lineal. Plano longitudinal. Línea axilar posterior. Se observa una estructura redondeada hipoeoica con ecos (gas) en su interior (flecha discontinua), con una pared gruesa (*) que la delimita completamente y que se encuentra en íntima proximidad con el pulmón (†). Obsérvese la ausencia de línea pleural en la superficie de la estructura lo cual descarta que se trate de una colección pleural (flecha continua). B) Sonda convex. Plano transversal/oblicuo. Asas intestinales dilatadas en región subdiafragmática izquierda. Las asas intestinales se siguen hasta el tórax por encima del diafragma borrándolo parcialmente (flecha) sugiriendo el diagnóstico de hernia diafragmática.

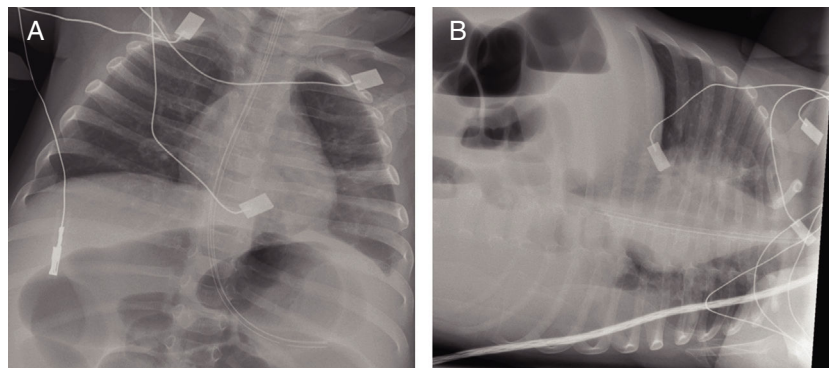


Figura 2 Radiografía del paciente. A) Radiografía anteroposterior en decúbito donde se observa opacidad de la base pulmonar izquierda con aparente pinzamiento del seno costo-frénico. B) Radiografía en decúbito lateral izquierdo donde parece observarse imagen compatible con derrame pleural izquierdo. Nótese la presencia de niveles hidroaéreos en abdomen.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.01.014>.

Vídeo: Ecografía torácica en el punto de cuidado. Ecografía con sonda lineal en plano longitudinal a nivel de la línea axilar posterior izquierda. Se observa una estructura redondeada delimitada por una pared gruesa en íntima contigüidad con el parénquima pulmonar normal (líneas A). Obsérvese la ausencia de línea pleural en la superficie de la estructura lo cual descarta que se trate de una colección pleural. Delimitando la estructura en la región inferior se observa el diafragma que no se puede seguir en totalidad. En el interior de la estructura se observan ecos correspondientes a burbujas de gas en medio del contenido líquido anecoico. Todos estos signos han sido descritos en la hernia diafragmática congénita⁴. Nótese la ausencia de

peristaltismo sugestiva de sufrimiento intestinal en el contexto de una obstrucción evolucionada (material adicional).

Bibliografía

1. Kitano Y, Lally KP, Lally PA, Congenital Diaphragmatic Hernia Study Group. Late-presenting congenital diaphragmatic hernia. *J Pediatr Surg.* 2005;40:1839–43.
2. Zefov VN, Almatrooshi MA. Chest X-ray findings in late-onset congenital diaphragmatic hernia, a rare emergency easily misdiagnosed as hydropneumothorax: A case report. *J Med Case Reports.* 2015;9:291.
3. Kajal P, Bhutani N, Goyal M, Kamboj P. Iatrogenic gastric perforation in a misdiagnosed case of late presenting congenital diaphragmatic hernia: Report of an avoidable complication. *Int J Surg Case Rep.* 2017;41:154–7.
4. Corsini I, Parri N, Coviello C, Leonardi V, Dani C. Lung ultrasound findings in congenital diaphragmatic hernia. *Eur J Pediatr.* 2019;178:491–5.