

# Hernia Diafragmática y Embarazo

Dr. Juan Ramón Lorenzana\*

## INTRODUCCION

La Hernia diafragmática congénita que complica el embarazo es una entidad muy rara. En la literatura inglesa solamente se han informado 6 casos.

El defecto que puede ser asintomático durante toda la vida, puede debutar en el embarazo ya que este favorece la herniación.

## CASO CLINICO

Paciente femenina de 23 años, primigesta con embarazo de 18.3 semanas de gestación, se presenta a la emergencia con cuadro de 16 días de evolución con tos productiva con expectoración amarillenta, se acompaña de fiebre no cuantificada con diaforesis, sin escalofríos, además de disnea que ha evolucionado a una manera incapacitante. También refiere dolor intercostal izquierdo de tipo punzante continuo. Al examen físico la paciente luce agudamente enferma con mal estado general, fiebre de 38.8°C, con frecuencia respiratoria de 28 por minuto y pulso 104 latidos por minuto. La paciente presenta disminución de la expansibilidad del hemitórax izquierdo y aumentado en el lado derecho con timpanismo a la percusión del lado izquierdo, a la auscultación hay abolición del murmullo vesicular del pulmón izquierdo y crépitos basales, en el

derecho no se auscultan ruidos patológicos. En abdomen, el útero está grávido, aumentado para 18-20 semanas con frecuencia fetal no auscultable. Se toma radiografía de tórax que muestra un pneumotórax izquierdo del 50%.

Se ingresa a Observación de Obstetricia con el diagnóstico de embarazo de 18.3 semanas, pneumotórax del 50% de etiología probable tuberculosis y síndrome de distress respiratorio leve-moderado.

La paciente es valorada por el servicio de Medicina Interna quienes refieren a la paciente al Servicio de Cirugía General para colocar sonda endopleural (SEP). Se coloca la SEP y por el momento hay ligera mejoría.

Al tercer día de su ingreso, la paciente no mejora, se realiza radiografía de control y se decide recolocar SEP de la cual se extrae líquido cetrino. Empeora el estado de la paciente, se toma nuevo control radiográfico y se observa derrame pleural del 85% con pneumotórax del 100%. La paciente en estado crítico entra en choque séptico. Debido a la gravedad de su estado se decide intervenir quirúrgicamente por Cirugía general debido a "Falla en reexpansión con doble sistema".

El diagnóstico postoperatorio revela una hernia diafragmática congénita (no traumática), pneumotórax a tensión y una fístula gastropleural. Se realiza gastrorrafia, reducción de la hernia y frenorrafia se deja SEP el cual es retirada posteriormente. La paciente evolucionó favorablemente. Una semana después se realiza ultrasonido obstétrico que reporta óbito fetal de 25 semanas. Se traslada al Servicio de Ginecoobstetricia. Se induce parto con

\* Gineco-obstetra.  
Dirigir correspondencia a: jrloren@vivategus.com

misoprostol y se realiza legrado instrumental después de expulsar el producto.

Después de un mes se realiza segunda etapa de la frenografía. La paciente es dada de alta en buenas condiciones.



**Figura 1.** Radiografía de tórax de la paciente con SEP.

## DISCUSION

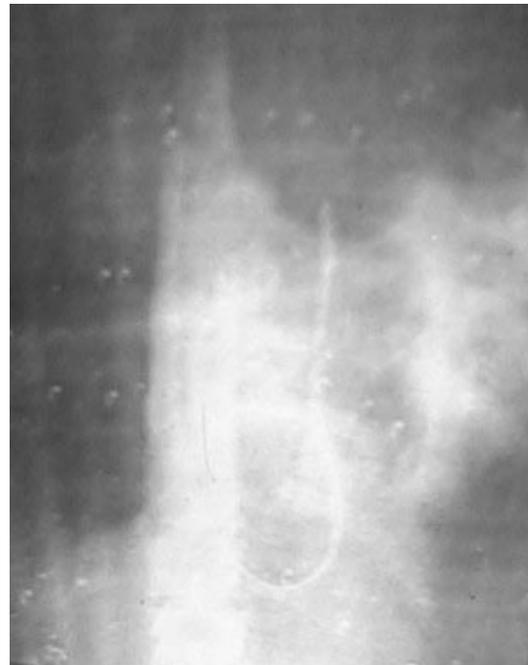
Se define la hernia diafrágica como la herniación del contenido abdominal dentro de la cavidad torácica, como consecuencia de un defecto congénito o traumático del diafragma.<sup>1</sup> Sus localizaciones más frecuentes son: hiato esofágica, paraesofágica, espacio retroesternal (Morgagni) y posterolateral (Bochdalek o congénita).

Su incidencia general varía de 1/2000 NV a 1/5000 NV. Es más frecuente del lado izquierdo (70-85%), el 5% son bilaterales, tiene una patrón autosómico recesivo. La hernia diafrágica congénita se debe a la ausencia del cierre de los canales pleuroperitoneales posterolaterales.<sup>1</sup>

Se desconoce el número de pacientes que llegan a la etapa adulta con una hernia diafrágica asintomática.<sup>2</sup> Complicando y debutando en el embarazo sólo se han reportado 6 casos en la literatura inglesa. Se han reportado varios casos de hernia diafrágica traumáticas durante el embarazo.<sup>3,4</sup> Su debut durante el embarazo puede deberse a aumento de la presión intrabdominal intermitente pero prolongada, aplanamiento del diafrag-

ma, desplazamiento de las vísceras a medida que crece el útero.

El diagnóstico clínico se sospecha por una historia de náuseas, vómitos, tos, fiebre, disnea y dolor intercostal, disminución del murmullo vesicular, hiperresonancia torácica y disminución de la expansibilidad pulmonar, desplazamiento de los ruidos cardíacos y pueden auscultarse ruidos intestinales en el tórax.<sup>5</sup> La radiografía de tórax puede mostrar pneumotórax, opacidad del hemitórax y niveles aéreos.<sup>1</sup> Con una sonda nasogástrica radiopaca puede verse el trayecto del abdomen hacia el tórax y se hace el diagnóstico (Fig. 2).



**Figura 2.** Sonda Nasogástrica que sube al tórax.

Su tratamiento es quirúrgico. Durante el embarazo debe repararse el defecto antes de iniciar el trabajo de parto sea o no asintomática. Cuando la hernia es asintomática durante el primer y segundo trimestre se hace la corrección quirúrgica al hacer el diagnóstico de esta, ya que a mayor edad gestacional mayor es la dificultad de su reparación. En el tercer trimestre con producto maduro debe hacerse cesárea y la reparación del defecto simultáneamente, el parto vaginal está contraindicado. Si la hernia se presenta en forma aguda, debe haber estabilización preoperatoria de la paciente, se coloca sonda nasogástrica, se repara el defecto y se coloca SEP posteriormente.<sup>5</sup>

Las complicaciones maternas en una fase aguda pueden ser pneumotórax a tensión, estrangulación u obstrucción de víscera hueca, pleuritis química (perforación de estómago espontánea o por SEP), sepsis y muerte. El feto puede complicarse con prematuridad y muerte fetal.<sup>6</sup>

El pronóstico es bueno cuando el defecto se detecta en una fase asintomática y se repara eventualmente. En cambio cuando se presenta en forma aguda la mortalidad materna y fetal es del 45%.<sup>5</sup>

#### REFERENCIAS

1. Behrman RE, Vaughan VC. Hernia Diafragmática. *Pediatría de Nelson*, 13ra Ed. México, Editorial Interamericana, 1989: p921-922.
2. Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC. Hernia diafragmática. *Obstetricia de Williams*, 4ta Ed., Barcelona, Editorial Masson, 1996: p 1129.
3. Flick RP, Bofill JA, King JC. Pregnancy complicated by traumatic diaphragmatic rupture. A case report. *J Reprod Med* 1999 Feb;44:127-30.
4. Zimmermann T. An unusual trauma in labor: diaphragmatic rupture. *Zentralbl Gynakol* 1999;121:92-4.
5. Kurzel RB, Naunheim KS, Schwartz RA. Repair of symptomatic diaphragmatic hernia during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1988 Jun;71(6 Pt 1):869-71.
6. Dumont M. Diaphragmatic hernia and pregnancy. *J Gynecol obstet Biol Reprod* 1990; 19:395-9.

---

---

LA ÚNICA COSA QUE SÉ, ES SABER QUE NADA SÉ;  
Y ESTO CABALMENTE ME DISTINGUE DE LOS DEMÁS FILÓSOFOS,  
QUE CREEN SABERLO TODO.

*SOCRATES.*