

HERNIA HIATAL

Fabián Parra Fuentes¹

1. Residente de Radiología e Imágenes Diagnósticas. Fundación Universitaria Sanitas

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 82 años, llevada al servicio de urgencias por presentar caída por las escaleras con trauma leve en la cabeza y dolor moderado en cadera derecha; antecedente de infarto agudo de miocardio y reflujo gastroesofágico. Al examen físico se encuentra estable, con una herida leve en región parietal izquierda y dolor en cadera derecha con limitación funcional. Dentro de los estudios iniciales se realiza tomografía de cráneo simple sin hallazgos de importancia, radiografía de cadera comparativa que evidencia fractura de cadera derecha y radiografía portátil de tórax en la que se observa una opacidad basal paracardiaca derecha de contornos bien definidos, ante lo cual se realiza una tomografía de tórax para establecer el origen del hallazgo encontrado.

HALLAZGOS

IMAGEN 1 Radiografía AP de tórax, estudio portátil. Se observa una opacidad basal paracardiaca derecha, de contornos bien definidos

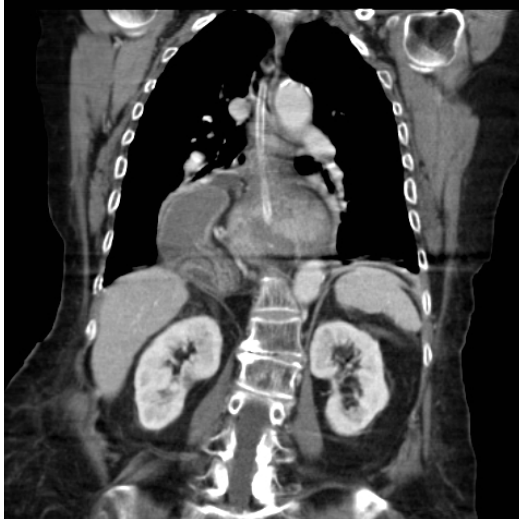


Recibido: 13 de febrero de 2017

Aceptado: 25 de febrero de 2017

Correspondencia: fabian.parra0864@gmail.com

IMAGEN 2 Tomografía axial computarizada de tórax – reconstrucción coronal y sagital. Se visualiza la unión gastroesofágica, cardias y parte del fondo gástrico de localización intra-torácica y retro-cardíaca. En este caso se puede tomar la sonda nasogástrica como orientación para la localización del estómago dentro del tórax



DISCUSIÓN

La hernia hiatal se define como la protrusión de parte del estómago a través del hiato esofágico diafragmático (1). Es de etiología multifactorial, la prevalencia aumenta con la edad, es más frecuente en mujeres, principalmente multíparas y personas obesas. Se clasifica en dos tipos, por deslizamiento en donde la unión gastroesofágica y el cardias pasan a través del hiato esofágico al tórax, siendo la presentación más común, y la hernia para-esofágica en donde el fundus gástrico u otra parte del estómago esta herniado dentro del tórax y la unión gastroesofágica está en su localización habitual. (2)

REFERENCIAS

1. Eisenberg RL. Diaphragmatic hernias. Eisenberg RL, editor. *Gastrointestinal Radiology*. Philadelphia, Lippincott Company, 1983, 150-68.
2. Kahrilas PJ, Kim HC, Pandolfino JE. Approaches to the diagnosis and grading of hiatal hernia. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2008, 22 (4): 601-16.
3. Canon CL et al. Surgical approach to gastroesophageal reflux disease: what the radiologist needs to know. *Radiographics*. 2005, 25(6):1485-99.
4. Chen YM et al. Multiphasic examination of the esophagogastric region for strictures, rings, and hiatal hernia: evaluation of the individual techniques. *Gastrointest Radiol*. 1985, 10(4):311-6.
5. Insko EK et al. Benign and malignant lesions of the stomach: evaluation of CT criteria for differentiation. *Radiology*. 2003, 228(1):166-71.

Su presentación clínica es inespecífica, su sintomatología es principalmente gastrointestinal y está relacionada con el tipo y tamaño de la hernia (3).

Se puede observar radiografías de tórax en donde su apariencia es variable, generalmente se identifica una masa retrocardíaca con nivel hidroaéreo (Imagen 1). En el examen de vías digestivas altas se puede identificar claramente el anillo esofágico inferior, 2 centímetros o más por encima del hiato esofágico y presencia de parte del estómago intratorácico. En el estudio escanográfico se demuestra la presencia de ensanchamiento del hiato esofágico con visualización del tamaño, contenido y orientación del estómago herniado. (4) (Imagen 2).

En el enfoque inicial, ante una lesión paracardíaca retrocardíaca en radiografía de tórax, se deben descartar patologías a este nivel, como masas pulmonares o mediastinales (absceso o empiemas). Dentro de los diagnósticos diferenciales gastrointestinales se encuentran la ampolla frénica o ampolla del esófago inferior, cambios postquirúrgicos por esofagectomía con tracción gástrica o un divertículo de pulsión esofágico. (5)

CONCLUSIÓN

La hernia diafragmática es una patología frecuente, su representación en radiografías de tórax depende de su tamaño, pudiéndose pasar por alto en lesiones pequeñas. En casos avanzados se hace visible la presencia nivel hidroaéreo que ayuda a orientar el diagnóstico; en caso de ausencia del mismo, las posibilidades se enfocan a patología de origen pulmonar o mediastinal y se hacen necesario estudios complementarios como la tomografía de tórax.