

IMPORTANCIA DE LA CLINICA EN EL DIAGNOSTICO DE LA HERNIA DIAFRAGMATICA CONGENITA DEL NIÑO *

JORGE MUÑOZ TURNBULL

Académico de número

Cuando se consultan artículos u obras de medicina y cirugía pediátricas, en los capítulos de malformaciones congénitas,^{1, 2, 3} podemos observar la brevedad que dedican a los datos clínicos que pueden llevar a una impresión diagnóstica; casi todos los autores emplean sólo unos cuantos renglones en el cuadro sintomático para extenderse más en la embriología, anatomía patológica, estadística, radiología y técnicas quirúrgicas.

Del estudio de un grupo de pacientes que hoy presentamos, así como de la revisión bibliográfica que pudimos hacer, pensamos que con un cuidadoso estudio clínico, puede hacerse el diagnóstico de probabilidad en la mayoría de los casos.

No pretendemos, naturalmente, sobreestimar a la clínica, pues conocemos de sobra sus frecuentes errores, más es también una verdad que las fallas clínicas aumentan mientras más se les desconoce. Lleva este trabajo así, por fin principal, el contribuir a la semiología de la hernia gástrica congénita del niño.

MATERIAL Y MÉTODO

Contamos a la fecha con siete casos clínicos que hemos podido seguir de cerca, cuyos resúmenes clínicos y radiológicos sintetizamos en esta comunicación.

Tres de los pacientes fueron estudiados en el Hospital Infantil de México y cuatro en nuestra consulta privada.

Además del estudio general de los enfermos, el examen especial dirigido al diagnóstico de la hernia gástrica, consistió, por sistema, en un interrogatorio cuidadoso en cuanto al tipo y características del vómito,

* Trabajo reglamentario leído en la sesión del 29 de julio de 1953.

a la respuesta que el paciente dió a la terapéutica medicamentosa y dietética, al descarte de datos positivos para otros padecimientos productores del síntoma vómito, especialmente de estenosis pilórica congénita, gastro y piloroespasmo, defectos esofágicos y errores dietéticos. La palpación del vientre siempre fue cuidadosa en lo que respecta a resistencia de pared abdominal, hígado, bazo y región pilórica. La inspección general de abdomen para observar circulación colateral u ondas peristálticas visualizadas, tuvo especial importancia. Siempre se buscaron también signos de ascitis o hidrotórax, en vista de la posibilidad de hipertensión porta en un padecimiento que tiene entre sus síntomas el vómito hemático.

Como datos de laboratorio y gabinete se hicieron tiempo de sangrado, de coagulación y de protrombina, así como biometría hemática para descartar enfermedades hemorragíparas y conocer la fórmula sanguínea.

Se recogieron, asimismo, antecedentes dietéticos y obstétricos para descartar errores de alimentación y traumas del parto.

A todos también se les hizo estudio radiográfico: aspecto radiológico de esófago y estómago, tiempo de vaciamiento gástrico, y en cinco de ellos, que clínicamente sugerían hernia gástrica, se pidió específicamente investigación radiológica de esta hernia.

En dos casos se pensó en otros padecimientos, uno sugirió bronconeumonía y otro estenosis congénita del píloro.

Caso N°	Síntomas salientes	Edad	Diagnóstico clínico	Diagnóstico radiológico	Resultado tratamiento quirúrgico
1 C.F.D.	Vómitos con sangre desde el nacimiento, flemosos, ligeramente proyectados, rebeldía a terapéutica médica. Anemia. Desnutrición.	2 años	Hernia diafragmática de estómago.	1er. estudio: Estómago biloculado. 2° estudio: Hernia gástrica del hiatus esofágico.	Curado.
2 V.M.I.	Vómitos hemáticos a los 20 días de nacida, flemosos. Anemia. Desnutrición. Hepato, esplenomegalia, ligeras. Rebeldía a terapéutica.	19 días	Hernia, diafragmática de hiatus esofágico.	Hernia gástrica de hiatus esofágico.	Curada.
3 R.J.R.	Vómitos hemáticos desde el nacimiento, flemosos. Anemia. Desnutrición. Rebeldía a terapéutica médica.	2½ meses	Hernia, diafragmática de estómago.	Hernia gástrica del hiatus esofágico.	Curado.

Caso N°	Síntomas salientes	Edad	Diagnóstico clínico	Diagnóstico radiológico	Resultado tratamiento quirúrgico
4 Q. M.	Vómitos hemáticos a los tres meses, flemosos. Desnutrición. Anemia. Rebelría a terapéutica médica.	4 años	Hernia, diafragmática de estómago.	Esófago corto y hernia gástrica de hiatus esofágico.	Mediano.
5 V.E.	Tos, cianosis desde el nacimiento. Respiración estertorosa.	15 días	Bronconeumonía	1er. examen: Quistes congénitos del pulmón o enfisema circunscrito de Caffey. 2º examen: Con contraste: Hemiplasia diafragmática derecha con hernia de intestino en hemitórax.	Murió antes de operarse.
6 C.G.L.	Diarrea. Vómitos con sangre. Desnutrición. Anemia. Fiebre.	11 meses	Diarrea infecciosa. Hernia diafragmática.	Hernia diafragmática del hiatus esofágico.	Curado.
7 R.G.A.	Vómitos en proyectil desde el tercer día de vida. Desnutrición.	9 Meses	Hipertrofia del píloro congénita	Hernia diafragmática del hiatus esofágico.	Curado.

Como se ve, en los siete pacientes presentados, cuatro tuvieron vómitos flemosos, sanguinolentos, desnutrición y anemia que fue de tipo normo o microcítico e hipocrómico. En los siete enfermos fracasó el tratamiento médico y dietético. El diagnóstico clínico pudo hacerse en cinco de ellos (casos 1, 2, 3, 4 y 6). En uno se diagnosticó estenosis del píloro (caso número 7) y en otro bronconeumonía (caso número 5).

Los casos 1 y 3 tienen especial interés clínico. En el número 1 el radiólogo diagnosticó estómago biloculado y condujo al pediatra a aceptar esta afirmación como indudable. Por la sintomatología se insistió en la búsqueda de la hernia diafragmática, que fue evidenciada en el segundo estudio radiológico.

El caso número 3 es aún más interesante. Se nos presenta a la consulta por padecer desde los primeros días de su nacimiento de vómitos ligeramente proyectados, flemosos, con sangre en pequeñas cantidades, en ocasiones roja, otras de color café negruzco. El examen físico muestra a un

niño con desnutrición de segundo grado, con peso de 3,850 Kg. (normal a su edad: 4,900 Kg.), pálido, no se observan ondas peristálticas en abdomen ni se palpa oliva pilórica. Alimentado correctamente con leche descremada acidificada. Se había tratado este niño con atropina primero y después hemotropina en dosis correctas durante dos meses y medio sin ningún resultado.

Con los datos de haber resistido dos meses y medio de vómitos sin constipación, con ausencia de ondas peristálticas, no habiendo palpado oliva pilórica, más la presencia de sangre en el líquido expulsado, nos llevaron al diagnóstico de probabilidad de hernia gástrica transdiafragmática.

Se pidió entonces estudio radiológico de esófago y estómago, investigando a la vez vaciamiento gástrico y específicamente la supuesta hernia.

La respuesta fue de esófago y estómago normales, con vaciamiento gástrico también normal. El radiólogo sugiere calasia de cardias esofágico; no encontró hernia gástrica.

Ante la persistencia del cuadro clínico por un mes más, se pide a otro radiólogo nuevo estudio con la nota siguiente: la sintomatología corresponde a hernia gástrica transdiafragmática, se suplica su investigación radiológica.

La respuesta fue también negativa para hernia de estómago.

Para esta época, el enfermito había bajado de peso y cumplía tres meses y medio de edad; fue necesario hacerle dos transfusiones sanguíneas por su mala situación nutritiva.

No obstante de nuestra impresión clínica, no teníamos una base firme para entregar el paciente al cirujano; por el contrario, la opinión de los radiólogos, ambos de indiscutible calidad, era opuesta al criterio clínico.

Ante esta situación en que el pequeño se seguía desnutriendo, los vómitos con sangre persistían y la terapéutica dietética y medicamentosa fracasaban, insistí con el primer radiólogo para una tercera búsqueda de la hernia en cuestión.

En esta vez, ya fue comprobada radiológicamente en forma evidente, dos meses y medio después de haberse supuesto por su sintomatología.

Fue operado por el doctor Felipe Cacho usando la vía abdominal; durante la intervención se comprobó la hernia de estómago hacia cavidad torácica a través del hiatus esofágico. Después de la operación no ha vuelto a haber vómitos, consiguiéndose un aumento de peso de 500 g. en los primeros 18 días que siguieron a la intervención.

COMENTARIO

En los últimos años se ha avanzado mucho en el conocimiento clínico y radiológico de las hernias diafragmáticas, tanto en el adulto como en el niño ^{4,5} mas es indudable, como dijimos al principio, que no se ha insistido suficientemente sobre la gran importancia que los datos clínicos tienen para orientar al médico a un diagnóstico de este tipo de hernias.

En el adulto, sí existen ya suficientes elementos sintomáticos que directa o indirectamente conducen al internista o al cirujano a la comprobación radiológica de la hernia a través del diafragma, especialmente la del hiatus esofágico;⁶ pero estos datos clínicos en edades mayores, son casi todos subjetivos; el dolor retroesternal, la disfagia, la aparición de la molestia en la noche, su agravamiento en la posición de decúbito dorsal, su mejoría con el ortostatismo, el dolor epigástrico, la sensación de quemadura retroesternal, la frecuente confusión con padecimientos cardiovasculares, especialmente falsas anginas de pecho o coronaritis, son todos importantes síntomas que, por su carácter subjetivo, puede expresar el adulto o el niño mayor, mas nunca, naturalmente, podrán ser recogidos en pequeños de corta edad.

No obstante esto, en pediatría, si se hace una clínica cuidadosa para la que no se necesita sino conocer bien las características sintomatológicas directas y diferenciales de la hernia gástrica del hiatus esofágico, disponemos de suficientes elementos que nos conducen con fuerte probabilidad a un correcto diagnóstico. Más aún, creo que en pediatría tenemos fundados derechos para afirmar que el radiólogo, sin los datos clínicos necesarios y sin la petición específica de investigar la existencia de hernia diafragmática, difícilmente va a encontrarla en la pantalla fluoroscópica. La razón de esta afirmación está en que estas hernias, como muchas otras, se visualizan sólo con posiciones apropiadas por sus características de rápidas reducciones espontáneas. Hay así que buscarlas, valga la expresión, "tendenciosamente".

Al revisar los padecimientos que pueden dar sintomatología semejante a la hernia hiatal de estómago, no puede el clínico afirmar que haya datos patognomónicos; pero sí puede, como hemos dicho, orientar su diagnóstico con buenas probabilidades.

El cuadro clínico debe dividirse en dos aspectos tan interesantes uno como el otro: el de datos positivos y el de datos negativos, puesto que uno al otro se complementan y se refuerzan.

Datos positivos. Dos son los datos clínicos positivos que más comúnmente se recogen: El vómito y la presencia de sangre en el contenido expulsado. Dicho así, simplistamente, parece exiguo para guiar a un diag-

nóstico, son muchos los padecimientos que en el niño dan vómitos con sangre; pero si analizamos las características de estos síntomas, podemos ir un poco más allá. El vómito no es de casi todos los alimentos como acontecen en la estenosis congénita del píloro; puede ser en proyección, mas en general no con la intensidad con que se produce en las estenosis pilóricas; generalmente es en pequeñas bocanadas que podríamos calificar como un poco más intensas de las simples regurgitaciones. Con frecuencia se presentan estos vómitos durante la ingestión del alimento o poco después de terminar el hiberón. En varias ocasiones hemos observado que al vomitar un pequeño que padece la hernia del hiatus, la madre vuelve a darle otra mamila que es entonces retenida.

Al vomitar estos niños, no dan la impresión de estado nauseoso o de sufrimiento alguno, como acontece en los estados de toxicosis o de inflamación de la mucosa gástrica, en donde la náusea y la inquietud acompañan o preceden la expulsión del contenido gástrico; lo hacen fácilmente, con toda tranquilidad.

En tres de nuestros casos, hemos observado, en relación con el síntoma vómito, otro dato que nos parece interesante; se ha tratado de pequeños lactantes de uno a nueve meses de edad que han vomitado desde los primeros días en que recibieron alimento, sin ese período de silencio que se describe durante las dos o tres primeras semanas en la estenosis congénita del píloro.

Nos han sido presentados, además, cuando más tempranamente a los 15 días de edad, un caso a los nueve meses y otros a los dos y cuatro años. No obstante que estos niños vomitaron desde el principio de su vida, como hemos dicho, habían podido, aunque bajos de peso, sostenerse más o menos bien.

En las estenosis pilóricas de alguna o mucho gravedad, difícilmente puede conseguirse que un niño no se desnutra profundamente hasta llegar a la atresia si no es operado oportunamente. En la estenosis del píloro, por otro lado, es de regla la constipación, mientras que en la hernia diafragmática generalmente hay evacuaciones normales.

El contenido gástrico expulsado tiene características de importancia saliente; además de la presencia del alimento ingerido, es muy frecuente el aspecto flemoso del vómito; sobre esto insisten las madres: "arroja muchas flemas", expresan ellas. Este dato parece tener relación con sintomatología esofágica en general, pues en las atresias de este órgano encontramos también los vómitos flemosos.

En el líquido del vómito encontramos una de las características más significativas, que es la presencia de sangre. No se trata de hematemesis

abundantes, sino de "rasgos de sangre" perfectamente identificables macroscópicamente, a menudo rojos, pero otras veces de color café mezclado con el moco.

Este dato ha estado presente en la mayoría de nuestros casos; no se presentan con todos los vómitos ni todos los días, mas en la observación de un enfermito a través del proceso diagnóstico, difícilmente deja de encontrarse. El aspecto de esta sangre tal y como se encuentra en las hernias hiatales de estómago, orienta mucho al médico a diferenciarla de otro tipo de hematemesis. En las úlceras gástricas, raras en el niño y en las várices esofágicas, generalmente se trata de verdaderas hematemesis, en donde el contenido gástrico vomitado es con abundante sangre roja o negra. La diferenciación puede hacerse además por el aspecto radiológico de esófago o de estómago, así como por la presencia de esplenomegalia en caso de enfermedad de Banty, que a su vez se completa con el estudio hematológico que revela las características de las anemias esplénicas acompañadas de leucopenia.

Datos negativos. Ante un caso de vómitos en el niño pequeño, debe el pediatra eliminar primero la estenosis hipertrófica congénita del píloro. Es esta otra de las enfermedades infantiles en las que la clínica puede hacer el diagnóstico la mayoría de las veces: la presencia de ondas peristálticas visualizadas a la pared abdominal, el vómito proyectado, la palpación de la oliva pilórica y la rebeldía a la terapéutica antiemética, son datos suficientes para fundar un diagnóstico que será confirmado por el retardo del vaciamiento gástrico con los medios radiológicos.

En la hernia diafragmática de estómago, por excepción se observan ondas peristálticas, nunca se palpan la oliva pilórica, el vaciamiento gástrico no presenta ningún retardo y no existe sangre en el líquido expulsado. Son así estos datos negativos, en nuestro concepto, muy importantes para inclinarse a uno u otro padecimiento.

Como hemos dicho, la resistencia del enfermito para tolerar la estenosis pilórica o la hernia diafragmática, son a su vez hechos importantes. Con estenosis pilórica, el niño se desnutre pronto y si no se opera, fácilmente muere en atrepsia; la hernia diafragmática, en cambio, es tolerada bastante bien con moderada desnutrición. Es así difícil estudiar a un niño con estenosis pilórica congénita que tenga más de uno o dos meses de edad; las hernias diafragmáticas congénitas se observan hasta en adultos.

No queremos extendernos mucho en la diferenciación con otras causas de vómito en el niño pequeño, pues se haría muy larga esta comunicación, y recordaremos sólo el simple gastroentrociespasmó, muy sensible a la terapéutica parasimpático-lítica, los errores dietéticos, fácilmente reconocibles

por la anamnesis y las artesias esofágicas que pertenecen a la patología del recién nacido y que son por cierto de urgente resolución. Las demás causas de vómitos tienen poca relación con la hernia hiatal, por lo que las pasamos por alto.

CONCLUSIONES

Con nuestra corta estadística, no estaríamos autorizados para formular conclusiones; mas con el estudio de algunos casos, sumados a las descripciones clínicas de autores con más experiencia, sí creemos que existen datos suficientes en esta malformación congénita para que el clínico oriente un diagnóstico con bastante probabilidad.

SUMMARY

No conclusions should be drawn from the few cases reviewed; but both from their analysis and from previous studies from other authors, we believe that sufficient clinical data exist to orient the diagnosis with enough certainty in cases of congenital diaphragmatic hernia.

BIBLIOGRAFIA

1. Ladd and Gross. Abdominal surgery of Infancy and Childhood. Pag. 333.
2. Mitchell Nelson. Textbook of Pediatrics. Pag. 860.
3. Brennemann. Practice of Pediatric. III-8-14.
4. Méndez Manuel. Bol. Med. Hosp. Inf. de México. Vol. V. N° 2. Pág. 200. Un caso de hernia diafragmática.
5. Rodríguez Jiménez Juan. Hernia Diafragmática Congénita. Bol. Med. del Hosp. Inf. de México. Vol. III. N° 6. Pág. 861.
6. P. B. McGlone and K. C. Eawyer. Clinical Features and Treatment of Diaphragmatic Hernia. The J. of the Am. Med. Ass Vol. 152 N° 7. Pág. 567.