

Archivos de Medicina
Asociación Española de Médicos Internos Residentes
editorial@archivosdemedicina.com
ISSN (Versión impresa): 1698-9465
ESPAÑA

2005

María Rodríguez Ortega / Enrique Montano Navarro / Manuel Limones Esteban /
Paloma Garaulet González / Raquel Ríos Blanco
HERNIA INTRAPERICÁRDICA ASINTOMÁTICA EN EL ADULTO
Archivos de Medicina, mayo-junio, año/vol. 1, número 003
Asociación Española de Médicos Internos Residentes
Madrid, España
pp. 2-4

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Universidad Autónoma del Estado de México

<http://redalyc.uaemex.mx>



Hernia intrapericárdica asintomática en el adulto.

María Rodríguez Ortega (*), Enrique Montano Navarro (**), Paloma Garaulet González (*), Raquel Ríos Blanco (*), Manuel Limones Esteban (*).

Servicio de Cirugía General Hospital Universitario de Getafe (Madrid) (*) y Medicina de Familia Ambulatorio de Pinto (**)

e-Mail: rodortega@yahoo.es

Resumen:

Un defecto del tendón central del diafragma con comunicación peritoneopericárdica (PPC) sin antecedente quirúrgico o traumático es muy infrecuente en el adulto. Presentamos un caso de un varón con defecto congénito que ha permanecido asintomático salvo por RGE tratado empíricamente, que fue hallazgo casual en una radiografía de tórax. Se realizó cirugía electiva con reparación del defecto con parche de PTFE.

Introducción:

Los defectos congénitos diafragmáticos ocurren en 1 de cada 2.100 o 5.000 nacidos (1). Incluso en hernias diafragmáticas congénitas, los defectos del tendón central del diafragma con comunicación peritoneo pericárdica (PPC), sin traumatismo previo, son infrecuentes, sobretodo si se descubren, como en el caso que presentamos, en edad adulta y sin asociar malformaciones ni alteraciones cardiorrespiratorias.

Caso clínico:

Paciente varón de 54 años al que se realiza radiografía de tórax en el preoperatorio de una cirugía electiva oftalmológica, observándose la presencia de cámara gástrica dentro de la silueta cardiaca (Figura 1). El paciente permanecía asintomático cardiorrespiratoriamente y recibía tratamiento con inhibidores de la bomba de protones por presentar síntomas de reflujo gastroesofágico. No tenía antecedente de traumatismo abdominal ni torácico. Se realiza tránsito gastroesofágico (Figura

2) donde se observa la herniación de cuerpo y antro gástrico en cavidad torácica, y estudio cardiorrespiratorio que incluyó ecografía transesofágica y espirometría sin observarse la asociación de patología concomitante.



Figuras 1



Figura 2.

Durante la cirugía se realiza una esternotomía y apertura longitudinal del saco pericárdico, observándose la protusión del estómago a través de un defecto de unos 5 x 8 cm. en el tendón central del diafragma. La hernia no tenía saco y no presentaba adherencias a pericardio ni a corazón. Tras la reducción del estómago a cavidad abdominal se realizó el cierre del defecto diafragma-pericárdico con malla de Goretex[®] (Figura 3) y del saco pericárdico (Figura 4).



Figura 3



Figura 4.

La mayoría de las hernias diafragmáticas en el adulto son postraumáticas (2), fundamentalmente tras traumatismos abdominales penetrantes. Está descrita también su aparición de forma iatrogénica (3) (4).

Un defecto congénito del tendón central del diafragma que asocie hernia peritoneo-pericárdica es muy infrecuente. La relación hombre-mujer es desconocida. La herniación dentro de la cavidad pericárdica puede ser asintomática o manifestarse a cualquier edad como disfunción cardíaca o insuficiencia respiratoria debida a compresión. Pueden asociar malformaciones cardíacas (ectopia cordis y defectos septales).

La reparación de hernias pericardiodiafragmáticas requiere la reducción quirúrgica de la víscera herniada y un cierre del defecto con sutura no reabsorbible. Si el tamaño del defecto es importante y no es posible el cierre sin tensión debe utilizarse un material protésico como el caso que presentamos.

Bibliografía:

1. Shumpelick V, Steinau G, Schluper I, Prescher A. Surgical embryology and anatomy of the diaphragm with surgical applications. *Surg Clin North Am* 2000;80:213–39
2. Grimes OF. Traumatic injuries of the diaphragm. Diaphragmatic hernia. *Am J Surg* 1974;128:175–81.
3. Su-Gandarilla J, Guillem P, Herjean M, Triboulet JP. Gastropericardial fistula after failure of laparoscopic hiatal repair. *Dis Esophagus*. 2000;13(3):262-4.
4. Murari VJ, Alexander GL, Cassivi SD. Massive intrapericardial herniation of stomach following pericardial window. *Hernia*. 2004 Aug;8(3):273-6. Epub 2004 Jan 21.