

Caso clínico

Hernia hiatal esofágica tipo IV

Introducción

La hernia de hiato es definida como una protrusión de un órgano o tejido de la cavidad abdominal a través del hiato esofágico hacia la cavidad tórax (Keeley, et al 2008.); la hernia hiatal se cree que se desarrolla por anomalías en el ligamento frenoesofágico, entre ellos está el más descrito que es la laxitud de este ligamento (Prymak, et al 1989).

En la literatura, las hernias hiatales están clasificadas en 4 categorías o tipos

Hernia hiatal tipo 1:

Corresponde a la hernia hiatal por deslizamiento. La unión esófago-gástrica está desplazada hacia el tórax a través del hiato esofágico, debido a debilidad y elongación del ligamento frenoesofágico. Este tipo de hernia es el más frecuente en animales pequeños.

Hernia hiatal tipo 2:

Corresponde a la hernia hiatal paraesofágica. Existe un defecto focal, generalmente en el aspecto antero-lateral del ligamento frenoesofágico. El cardias que es unión esófago-gástrica, permanecen por debajo del diafragma, parte de la región fúndica del estómago se hernia por el hiato esofágico.

Hernia hiatal tipo 3:

Es una hernia hiatal mixta, con componente por deslizamiento y paraesofágico (hernia hiatal tipo 1 y 2). Habitualmente es una hernia grande, asociada a rotación gástrica.

Hernia hiatal tipo 4:

Es una hernia tipo 3, que además posee herniación de estructuras abdominales como estómago, colon, omento, intestino delgado o hígado. La hernia hiatal tipo 4 también es llamada hernia hiatal gigante, que incluye al menos el 30% del estómago en el tórax.

Caso clínico

Pinscher hembra de 1 mes y 8 días de nacida, con un peso de 0.6kg; fue remitida a la clínica veterinaria normandía para valoración (disnea de comienzo agudo), adjuntaron dos radiografías laterolateral (LL) y (ventrodorsal) VD de tórax. Donde se evidencia una radiolucidez craneal al diafragma, delimitado con una radi-

opacidad, compatible con estómago en la cavidad torácica, el estómago esta dilatado, con contenido de gaseoso en su interior.



Vista (LL), se puede observar la silueta completa del diafragma y el estómago craneal a este.



Vista (VD), se puede evidenciar que el estómago desplaza el corazón hacia el hemitórax derecho.

Al examen clínico se encuentra:

- Temperatura 34.6°C
- Frecuencia cardiaca en 140 LPM
- Frecuencia respiratoria 40 RPM
- Membranas mucosas cianóticas
- Deshidratación de 6%,
- Disnea inspiratoria
- Estado de conciencia deprimido.

Diagnósticos diferenciales.

- Hernia diafragmática
- Eventración del diafragma
- Hernia diafragmática congénita
- Hernia de hiato

Como exámenes complementarios se sugiere químicas sanguíneas y cuadro hemático, los cuales se encuentran entre los límites normales.

Tratamiento:

Intrahospitalario

- Cámara de oxígeno 450ml/kg/minuto, después de 5 minutos de que se enriqueció el aire de la cámara con oxígeno se disminuyó el flujo a la mitad.
- Tramadol 4mg/kg vía SC
- N-acetilcisteína 20mg/kg vía IV
- Ampicilina +sulbactam 20mg/kg IV
- Traumel 0.5ml IV
- Fluidoterapia ringer lactato 6 ml /h IV

12 horas después se ingresa a cirugía

Sedación

- Diazepam 0.25mg/kg
- Fentanilo 0.005mg/kg}

Inducción

- Propofol 5mg/kg

Mantenimiento

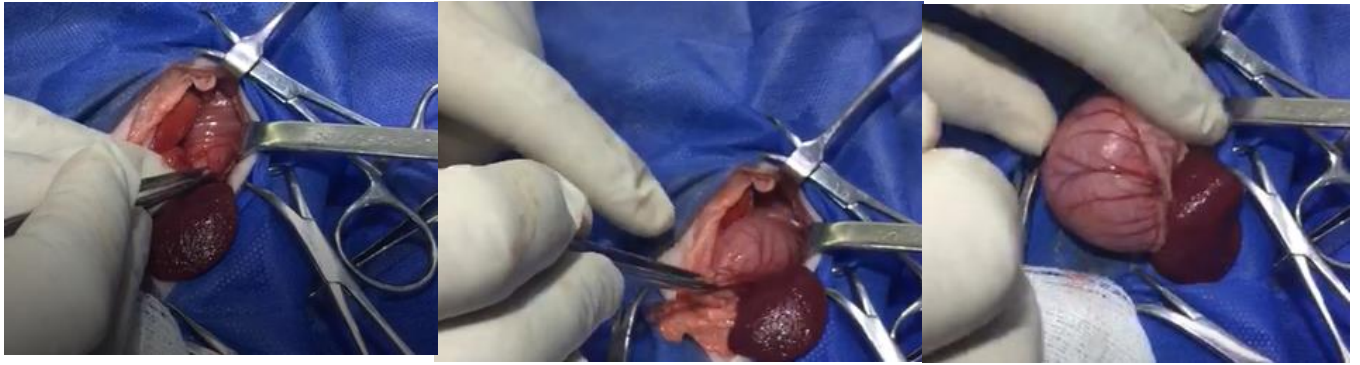
- Isoflurano cam 2 %

Descripción de la técnica quirúrgica

Se realizó una incisión craneal al ombligo hasta la parte caudal del cartílago xifoides por la línea alba. Observo que el diafragma está completo descartándose hernia diafragmática, eventración del diafragma y hernia diafragmática congénita.

Se localizó el ligamento gastroesplénico, recorriéndolo hasta encontrar el estómago, se procede hacer una pequeña incisión en el diafragma que involucra el hiato esofágico, encontrando el estómago en la cavidad torácica, retornando el estómago a la cavidad abdominal.

Diagnóstico definitivo hernia hiatal tipo IV.



Se cerró la incisión del diafragma con patrón de sutura en u discontinua, se recuperó la presión negativa del tórax, y se continuo con el cierre de la cavidad abdominal. Duración de la cirugía 28 minutos.

Una vez terminada la cirugía, el paciente entro en depresión cardiorrespiratoria; FC: 60, FR: 0, El equipo médico inicia maniobras para aumentar estas contantes (respiratoria y cardiaca). Colocando adrenalina 0.2Mg /Kg y un minuto después atropina 0.04Mg/Kg. Logrando estabilizar el paciente; FC:120, FR:30.

Se hace una radiografía de control



Radiografía de control de tórax y abdomen vista VD. Se observa que el estómago regresa a su posición normal (cavidad abdominal), y los pulmones están bien distendidos.

Una vez terminado el procedimiento el paciente se colocó de nuevo en la cámara de oxígeno, a una temperatura de 38°C y monitoreo constante.

10 horas postquirúrgico el paciente se encuentra clínicamente estable y empieza a consumir alimento por sí solo.



6 días post quirúrgicos.

Paciente llega a control encontrándose en óptimas condiciones y clínicamente sano.



13 días post quirúrgicos

El paciente lleva su vida normal de cachorro

