

Hernia diafragmática

Enrique Ma. Velásquez V.
Profesor Neonatología
Universidad de Antioquia

Se debe sospechar en un recién nacido con dificultad respiratoria, abdomen excavado, ruidos intestinales en tórax, ruidos cardiacos desplazados. Si tenemos diagnóstico prenatal, debemos programar la atención en sala de partos con la intención de intubar lo más pronto posible para que el intestino o estómago herniado no se llene de aire y nos limite aún más la expansión pulmonar; colocar sonda orogástrica de buen calibre, abierta o mejor, de doble lumen con aspiración continua por un lumen a 10 o 15 mmHg; no dar vía oral, mantener estable al paciente, con PaO₂ y PCO₂ normal. Evitar en lo posible el uso de Ventilación con Presión Positiva (VPP) antes de intubar pues entra aire al intestino, aumenta el volumen de la víscera herniada en tórax, ocasiona mayor restricción pulmonar y complica aún más la situación. Se debe remitir para que nazcan en un nivel de atención adecuado. Estos pacientes deben ser vistos por cirugía pediátrica y es usual que los lleven a cirugía cuando estén estables luego del 3er. Día de vida. El espectro clínico de estos pacientes va desde el neonato asintomático, hasta el muy comprometido con hipoxia, acidosis e hipertensión pulmonar, requiriendo sedación, ventilación mecánica convencional o de alta frecuencia, óxido nítrico o ECMO. Son hallazgos prenatales de mal pronóstico, un diagnóstico temprano (antes de la semana 25), la presencia de polihidramnios, compromiso del ventrículo izquierdo comprometido, índice de Mcgoon AP/Ao, menor a 1.3, hígado o estómago en tórax. Un índice de pulmón/cabeza mayor a 1.4 es de buen pronóstico. La cirugía fetal se basa en aprovechar la producción de líquido del pulmón, ocluyéndolo con un dispositivo y que ese líquido represado en el lado de la hernia no permita la hipoplasia pulmonar. El procedimiento consiste en intubar al feto, ocluir la tráquea con un balón alrededor de la semana 26 y se programa la extracción del dispositivo ocluidor alrededor de la semana 34, aunque hay dispositivos expansibles diseñados para extracción fácil al momento del parto. El inconveniente es el aumento de la frecuencia de parto prematuro por el procedimiento. También en estos casos aplica el procedimiento EXIT (ex utero intra parto therapy), que consiste en intubar al paciente luego de extraer la cabeza y un hombro del feto, antes de ligar el cordón umbilical, previa anestesia

general materna y fetal, para evitar la hipoxia en aquellos pacientes con Diagnóstico in útero que se pronostica una vía aérea difícil al momento del parto.