

# ESTÓMAGO INTRATORÁCICO

N° 0270



Autores:

Dra. Roxana SANTALUCITA.

Dra. Ana Victoria VARELA.

Dr. Luis Adrián BORSA.

Dra. Lilia Lucila ARZAPALO.

Dra. Adriana Irene PICCIN.

Dra. Sandra Elizabet ZABALETA.

Los autores declaran no poseer conflicto de intereses.

Servicio de Diagnóstico por Imágenes. Hospital Isidoro Iriarte de Quilmes, Provincia de Buenos Aires. Argentina.

Autor responsable: Dra. Roxana Santalucita. La Plata, provincia de Buenos Aires, Argentina.  
[roxsanelisa@hotmail.com](mailto:roxsanelisa@hotmail.com)

## PRESENTACIÓN DEL CASO

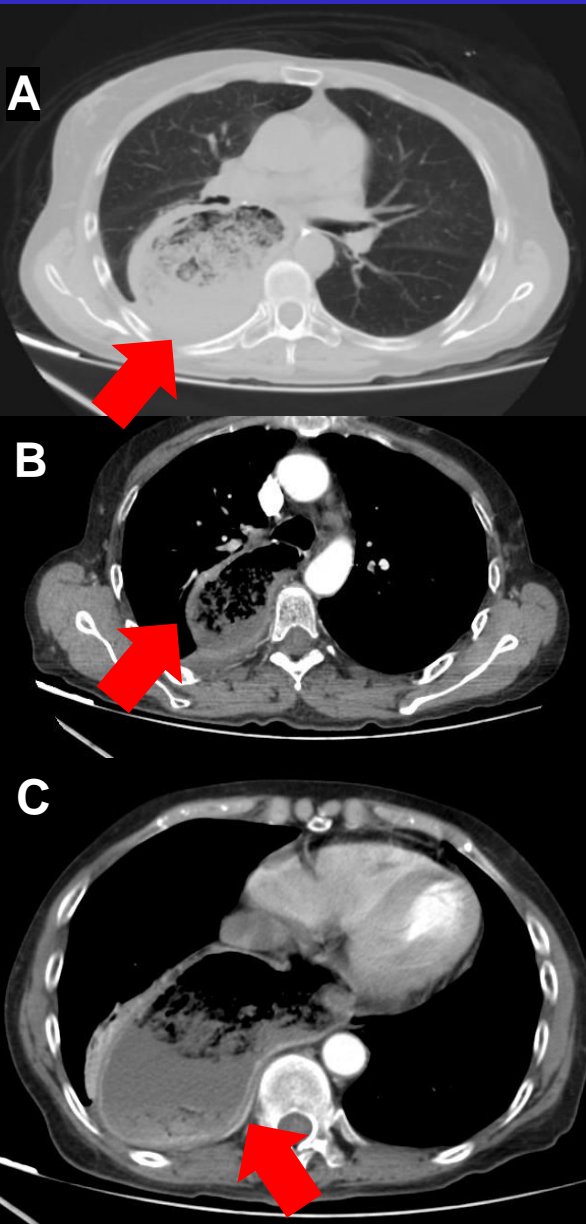
Paciente femenina, de 58 años de edad, que presentó disnea de esfuerzo, palpitaciones y dolor torácico de 2 días de evolución refiriendo antecedentes de EPOC y asma bronquial.

En el examen semiológico se observó disminución de la entrada de aire en el pulmón derecho y frecuencia cardíaca de 130 latidos por minuto, constatándose fibrilación auricular en el electrocardiograma.

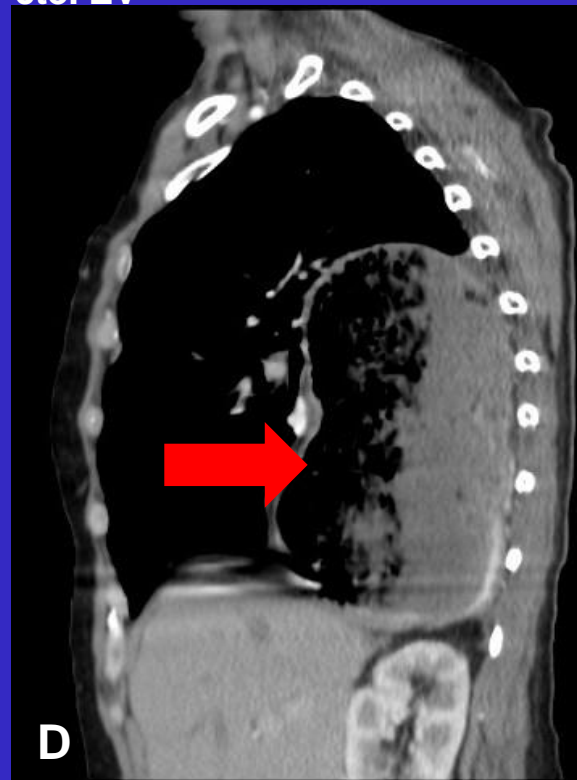
Se indicó radiografía de tórax (Frente) donde se destaca el ensanchamiento mediastinal como único signo patológico, por lo cual se decidió continuar con la exploración con tomografía computada de tórax con y sin contraste endovenoso.

# HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS

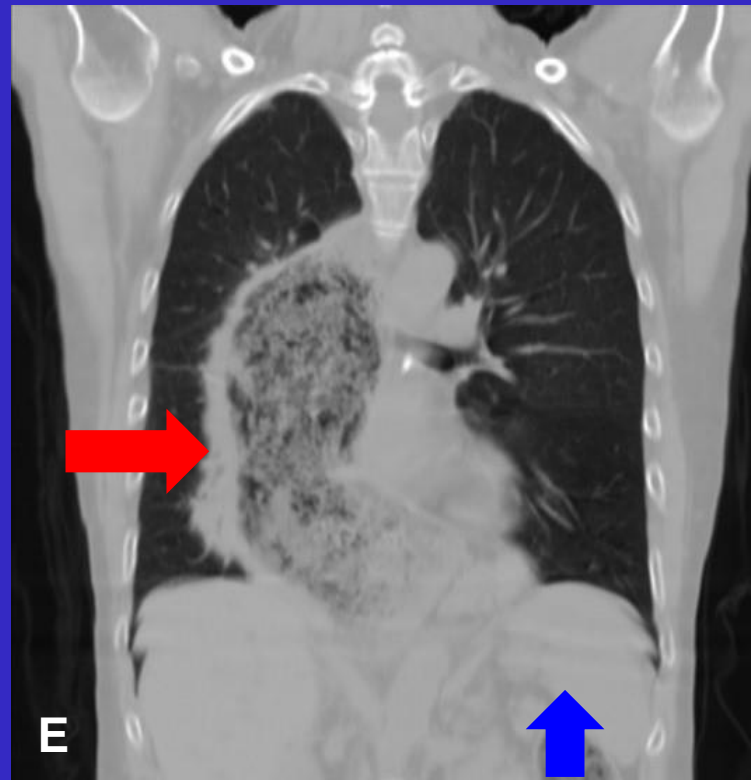
Cortes axiales con cte. EV



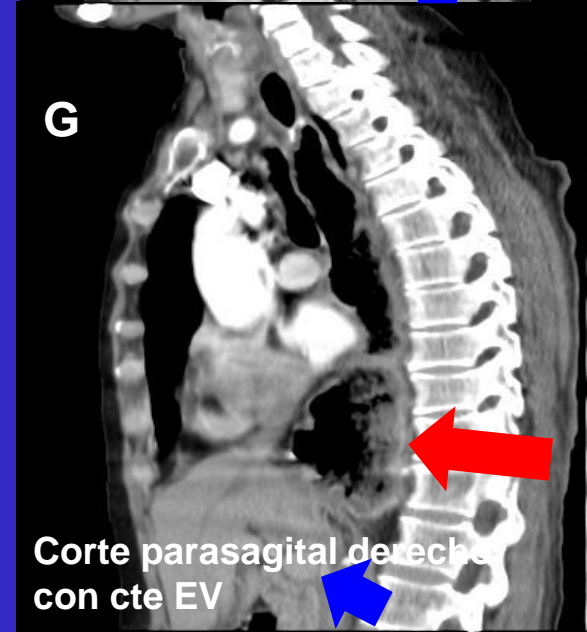
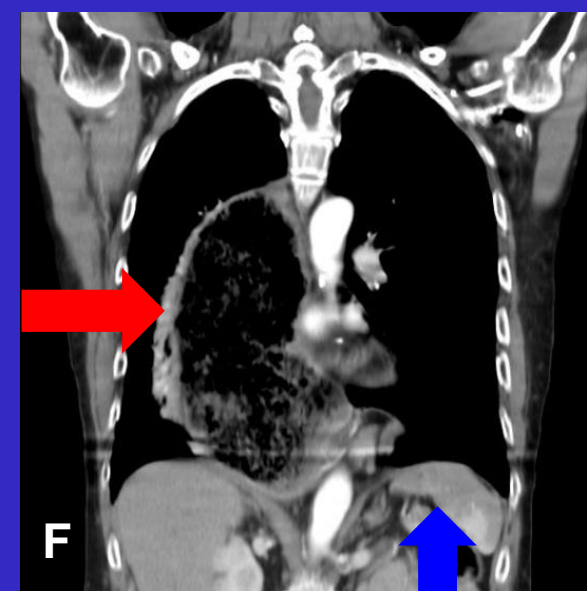
Corte parasagital derecho con cte. EV



Corte coronal con cte. EV.



Corte coronal con cte. EV.



-Ocupación del segmento para y retrocardíaco del hemitórax derecho por imagen elongada, de bordes regulares y densidad mixta (aérea y líquida) , que realza sólo en sus márgenes tras la administración de contraste endovenoso y condiciona disminución significativa del volumen pulmonar homolateral, con leve desplazamiento del corazón hacia la izquierda. (Fig.A a G inclusive) Véase flecha roja.

-Falta de visualización del estómago en su localización habitual. (Fig. E, F y G) Véase flecha azul.

Corte parasagital derecho con cte EV

# DISCUSIÓN

- Se conocen tres tipos de hernias diafragmáticas no traumáticas.
- La hernia hiatal (la más común) y menos frecuentemente dos tipos de hernias congénitas (hernia de Bochdalek y hernia de Morgagni).
- La hernia hiatal corresponde al desplazamiento del estómago y en algunos casos otros órganos abdominales, a través del hiato esofágico hacia el tórax. En la literatura se clasifican en cuatro tipos.
- Nuestro caso es compatible con hernia hiatal tipo 3, que presenta componente paraesofágico y por deslizamiento, siendo una entidad poco frecuente, aunque más común en pacientes añosos y obesos.
- Con respecto a la valoración por los métodos de diagnóstico por imágenes, esta patología puede manifestarse por hallazgos incidentales en radiografías de tórax descritos como masas mediastínicas con o sin nivel hidroaéreo.
- La tomografía computada caracteriza con más detalle la anatomía, establece el tipo de herniación, el compromiso de otros órganos y valora signos de complicación como vólvulo.
- El tratamiento de los pacientes sintomáticos con hernias hiatales con estómago intratóraco es quirúrgico.

## CONCLUSIÓN

Consideramos definitorio el rol de la tomografía computada multislice con y sin contraste iodado para el diagnóstico y caracterización de la hernia hiatal tipo 3, como el método de diagnóstico por imágenes más accesible y de mejor resolución multiplanar. Asimismo cobra vital importancia en la valoración de las complicaciones.

## BIBLIOGRAFÍA

- ❑ [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552020000100013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552020000100013)
- ❑ Hernia hiatal gigante con estómago intratorácico: Reporte de un caso y revisión de la literatura. Dr. José de Grazia K y col. Rev.Chil. Radiol. 2012; 18 (4) : 179-183
- ❑ Villarreal R, Bernal F, Cabrera LF, Sánchez Ussa S, Pedraza M. Hernia hiatal mixta con vólvulo gástrico intratorácico: reporte de caso y revisión de la literatura. Rev Hispanoam Hernia. 2018;6(4):186-190.
- ❑ Eren S, Çiris F. Diaphragmatic hernia: diagnostic approaches with review of the literature. Eur J Radiol 2005; 54(3): 448-459.