

Defecto posterolateral diafragmático de Bochdalek. Un caso de hernia congénita complicada en adulto

Wilmer A Rangel Becerra,* Neiris J Villegas Malpica**

RESUMEN

La hernia de Bochdalek es un padecimiento congénito que se origina entre las semanas 8 y 10 de la vida fetal intrauterina y que se distingue por un defecto posterolateral en el diafragma que induce a los órganos de la cavidad abdominal a desplazarse hacia la cavidad torácica. Esta enfermedad afecta a 2.32 de cada 10,000 recién nacidos, aproximadamente, y es excepcional en los adultos; se han reportado muy pocos casos en todo el mundo. Se comunica el caso de un paciente masculino de 50 años de edad, con epigastralgia de moderada intensidad concomitante con vómitos múltiples de contenido alimentario. Al examen físico se apreció hipoexpansibilidad en el hemitórax izquierdo, con ruidos hidroaéreos en la cavidad torácica ipsilateral. El estudio tomográfico permitió diagnosticar hernia de Bochdalek y atelectasia en el tercio medio del hemitórax izquierdo.

Palabras clave: hernia de Bochdalek, reflujo gastroesofágico, atelectasia.

ABSTRACT

Bochdalek hernia is a congenital disease originated between 8th and 10th weeks of intrauterine fetal life, characterized by a posterolateral defect in the diaphragm, in which the organs of the abdominal cavity move towards the thoracic cavity. This disease appears approximately in 2.32 of each 10,000 births, being exceptional in the adult with few cases around the world. We report the clinical case of 50 years old male patient, who suffered disease epigastrache of moderate intensity concomitant with multiple vomits of nourishing content, and nausea. Physical examination showed left hypoexpansibility in hemithorax with hydroair noises in samelateral thoracic cavity; tomografic study revealed Bochdalek hernia and atelectasis on medium third of left hemithorax.

Key words: hernia of Bochdalek, gastroesophageal ebb tide, atelectasis.

La hernia diafragmática congénita de Bochdalek fue descrita en el año 1848 por el personaje que le dio su nombre.¹ Es producto de una alteración congénita que ocurre entre la octava y la décima semanas de vida fetal y se origina por falta de cierre de los elementos lumbares del espacio pleuroparietal durante el desarrollo del músculo

diafragma;² es un defecto que se asienta de manera posterolateral en el diafragma, en el lado izquierdo en 80% de los casos.¹

La incidencia es de aproximadamente 2.32 por cada 10,000 nacidos vivos, mientras que en los adultos es un padecimiento excepcionalmente raro.³

En los niños constituye una causa fundamental de dificultad respiratoria, y si no se trata quirúrgicamente, con los años puede convertirse en hipoplasia y agenesia del pulmón afectado.⁴ Es común que esta enfermedad pase inadvertida durante la niñez (que sea asintomática), y que en la adultez el diagnóstico se haga mediante un hallazgo radiológico incidental o por complicaciones posteriores, al paso de las vísceras abdominales a través del agujero diafragmático patológico.⁵ El paciente puede referir dolor torácico intenso, bien sea por afectación respiratoria (atelectasia, neumonía), que es una complicación temprana, o por complicaciones (como los vólvulos) de carácter tardío, con posible rotura de la víscera abdominal dentro del tórax.⁶

* Estudiante de sexto año.

** Estudiante de tercer año.

Escuela de Medicina, Universidad de Carabobo, Valencia, estado de Carabobo, Venezuela.

Correspondencia: Dr. Wilmer A Rangel Becerra. Urbanización San José de Tarbes, Av. 98 Pama A, 5° piso, departamento 805-B, Valencia, estado de Carabobo, Venezuela. Correo electrónico: wilmer_rangel_9@hotmail.com

Recibido: mayo, 2011. Aceptado: enero, 2012.

Este artículo debe citarse como: Rangel-Becerra WA, Villegas-Malpica NJ. Defecto posterolateral diafragmático de Bochdalek. Un caso de hernia congénita complicada en adulto. Rev Esp Med Quir 2012;17(1):60-63.

CASO CLÍNICO

Un paciente masculino de 50 años de edad, sin antecedentes importantes, acudió al Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde, en Valencia, Carabobo, debido a una epigastralgia de moderada intensidad, urente, sin irradiación y acalmia, concomitante con vómitos múltiples de contenido alimentario precedidos de náuseas durante los ocho días previos.

Al examen físico se notó hipoexpansibilidad torácica predominantemente hacia el hemitórax izquierdo, abolición de ruidos respiratorios con pectoriloquia y ruidos hidroaéreos del mismo lado; abdomen blando, depresible, sin signos de irritación peritoneal ni visceromegalias.

Se le realizaron rayos X de tórax (vista lateral y posteroanterior), en donde se pudo apreciar invasión del estómago al hemitórax izquierdo a través del defecto diafragmático, compatible con el padecimiento clínico del paciente. Además, se confirmó un área de atelectasia en el tercio medio del campo pulmonar izquierdo (Figuras 1 y 2). Se indicó una tomografía de abdomen con contraste oral y endovenoso mediante la cual se comprobó la existencia de vísceras abdominales en la cavidad torácica, imagen sugestiva de hernia diafragmática congénita (Figura 3).



Figura 1. Radiografía de tórax (vista posteroanterior). Se observa el ascenso de la cámara gástrica a través del agujero diafragmático patológico indicador de hernia diafragmática congénita de Bochdalek, complicada con atelectasia en el tercio medio del hemitórax izquierdo.

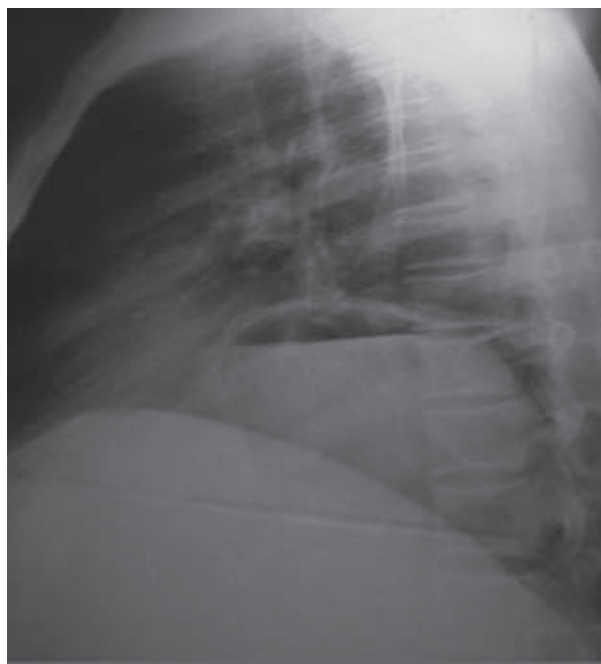


Figura 2. Radiografía de tórax (vista lateral). Nótese el ascenso de la cámara gástrica que invade el hemitórax izquierdo.

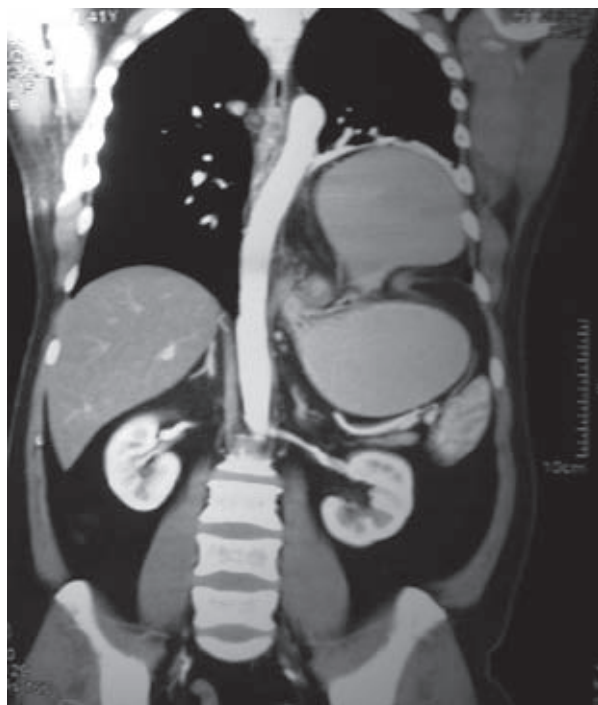


Figura 3. Tomografía abdominal con contraste. Se nota el ascenso de las vísceras abdominales a través del defecto congénito diafragmático.

Con base en las características clínicas y paraclínicas, se establecieron los diagnósticos de hernia diafragmática congénita de Bochdalek y atelectasia por compresión.

El paciente fue intervenido exitosamente de forma electiva. La incisión subcostal izquierda reveló en el hemidiafragma izquierdo un proceso herniario de 20 cm de diámetro, de contenido gástrico y asas delgadas (duodeno). Se le hizo herniorrafia y plastia diafragmática con colocación de malla.

La evolución posoperatoria fue favorable. Una vez tratada la causa de la atelectasia, que en este caso fue la compresión de las vísceras abdominales sobre las vías aéreas bajas en el hemitórax izquierdo, se prescribió tratamiento con expectorantes y fluidificantes para drenar el moco de las vías aéreas, aunado a maniobras de percusión para aflojar el moco de las paredes bronquiales, posicionar el cuerpo sobre el lado sano, y ejercicios de respiración profunda, todo lo cual, en su conjunto, permitió la mejoría clínica del paciente. En vista del buen pronóstico y la rápida resolución, se decidió darlo de alta.

DISCUSIÓN

El diafragma, cuyo músculo está formado por varios componentes anatómicos (como el septum transversum, dos hojas pleuroperitoneales, miotomas cervicales y el mesenterio dorsal), se desarrolla durante la tercera semana del embarazo; aspecto importante, puesto que la falla anatómica producida por el defecto congénito que determina estas hernias diafragmáticas es producto de la falta de formación de las hojas pleuroperitoneales o la debilidad en los puntos de fusión embriológica.⁷

El diagnóstico preoperatorio preciso de la hernia de Bochdalek se basa en los estudios radiológicos.⁸ En cuanto a los objetivos del tratamiento, la experiencia demuestra la importancia de separar los casos asintomáticos y los sintomáticos, de descartar a través de los antecedentes la existencia de traumatismos, corregir el defecto diafragmático y ubicar el contenido abdominal en su lugar. Hasta ahora la reparación transtorácica es la de elección para hernias derechas, mientras que el abordaje de las hernias izquierdas ha sido tema de discusión, ya que se plantea y se emplea el abordaje abdominal porque ofrece mayores ventajas para el reconocimiento de malrotaciones y su tratamiento.⁹

En este caso, un paciente sin antecedentes traumáticos ni quirúrgicos, que se desarrolló de manera normal desde el nacimiento y en quien no se advirtió el defecto congénito del diafragma durante la niñez y la adolescencia, experimentó síntomas en la adultez. El diagnóstico de hernia de Bochdalek se confirmó por medio de estudios radiológicos e imagenológicos.

Las complicaciones tempranas más comunes suelen ser de origen pulmonar, como en este caso (atelectasia), mientras que las más tardías están representadas por los vólvulos digestivos, con un alto riesgo de perforación si no son tratados de manera rápida y oportuna.¹⁰

De acuerdo con el tipo de presentación clínica se establece el pronóstico. Se ha considerado un índice de mortalidad menor de 3% con la cirugía electiva y de 32% para la cirugía de emergencia cuando el diagnóstico no se realiza a tiempo o aparece alguna complicación, como isquemia gástrica, necrosis del intestino delgado y oclusión colónica.^{11,12}

El manejo completo, oportuno y adecuado del paciente depende del diagnóstico temprano, lo que permite evitar complicaciones que pongan en peligro su vida.

REFERENCIAS

1. Perch P, Houck W, De Anda A. Symptomatic Bochdalek hernia in an octogenarian. *Ann Thorac Surg* 2002;73:1288-1289.
2. Schumpelick M, Steinau G, Schlüper I, Presher A. Surgical embryology and anatomy of the diaphragm with surgical applications. *Surg Clin North Am* 2000;80:213-239.
3. Sipeck A, Gregor V, Horacek J, Masatova D. Diaphragmatic hernia from 1961 to 2000. Incidence, prenatal diagnosis and prevalence according to maternal age. *Ceska Gynekol* 2002;67:127-131.
4. Suranda G, Deepak S, Lalit R, Sanjee K. Late presentation of congenital Bochdalek hernia. *Indian J Anaesth* 2005;49:499-456.
5. Ibañez-Fuentes JR, Nieto-Ocampo AE, Bermúdez-Jiménez A, Olivares-Aguirre A. Hernia de Bochdalek en el adulto. *Gac Med Mex* 2003;139:69-72.
6. Leitão B, Mota CR, Enes C, et al. Acute gastric volvulus and congenital posterolateral diaphragmatic hernia. *Eur J Pediatr Surg* 1997;7(2):106-108.
7. Paci M, Franco S, Della Valle E, et al. Septum transversum diaphragmatic hernia in an adult. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2005;129:444-446.
8. Mullins ME, Stein J, Saini SS, Mueller PR. Prevalence of incidental Bochdalek's hernia in a large adult population. *AJR* 2001;177:363-366.

9. Yamaguchi M, Kuwano H, Hashizume M, et al. Thoracoscopic treatment of Bochdalek hernia in the adult: report of a case. *Ann Thorac Cardiovasc Surg* 2002;8:106-108.
10. Pacilli P, Confalonieri MA, Gandini A, Caldana G, Sartirana A. A rare cause of intestinal obstruction. *G Chir* 1996;17(10):501-507.
11. Dalencourt G, Katlic MR. Abdominal compartment syndrome after late repair of Bochdalek hernia. *Ann Thorac Surg* 2006;82:721-722.
12. Kanazawa A, Yoshioka Y, Inoi O, Murase J, Kinoshita H. Acute respiratory failure caused by an incarcerated right-sided adult Bochdalek hernia: report of a case. *Surg Today* 2002;32:812-815.