

HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA EN LA EDAD ADULTA

L. Vida-Pérez¹, A. González-Galilea², C. Gálvez-Calderón², A. Luque-Molina³, J. F. De Dios-Vega⁴

Médico Interno Residente de Aparato Digestivo¹.

Facultativos Especialistas de Área en Aparato Digestivo².

Facultativo Especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo³.

Jefe de Servicio de Aparato Digestivo⁴.

Unidad de Gestión Clínica de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción

La hernia diafrágica fue descrita por vez primera por Ambroise Paré en 1575. En 1848, Bochdaleck describió la embriología de la malformación y del defecto anatómico que hoy lleva su nombre¹. Se conoce como hernia de Bochdaleck al defecto congénito localizado en la región posterolateral del diafragma, fundamentalmente en el lado izquierdo (80-90%). Es una enfermedad típica del recién nacido manifestada como insuficiencia respiratoria grave². En la edad adulta, esta enfermedad es poco frecuente encontrándose tan sólo unos 100 casos en la literatura³.

El diagnóstico puede hacerse de forma casual por una radiografía de tórax o por aparición de las complicaciones que producen el paso de las vísceras abdominales a la cavidad torácica.



Figura 1

Radiografía AP de Tórax donde se aprecia una elevación del hemidiafragma izquierdo por una cámara gástrica prominente en situación intratorácica.

Caso clínico

Presentamos el caso de un paciente de 28 años que acudió al Servicio de Urgencias por epigastralgia y síndrome emético rebelde a tratamiento.

El dolor le apareció de forma brusca, realizando ejercicio físico y comentando ingesta unas tres horas antes. No refería ninguna enfermedad ni realizaba tratamientos de forma habitual. Presentaba regular estado general estaba eupneico y afebril. En la auscultación cardiorrespiratoria el murmullo vesicular estaba conservado y no se escuchaban ruidos sobreañadidos. El abdomen era doloroso en epigastrio, sin signos de irritación peritoneal. No se palpaban masas ni visceromegalias y el peristaltismo estaba abolido.

En la analítica se apreciaba: Leucocitos 12000/ μ L, Hb 16,1 g/dl, Amilasa 129 U/L, AST 47 U/L, CK 689 U/L. El resto de parámetros eran normales.

Se realizó una radiografía de tórax en la que se apreciaba una cámara gástrica aumentada de tamaño que asciende el hemidiafragma izquierdo (Figura 1). Ante los hallazgos, se colocó al paciente una sonda nasogástrica de aspiración suave mejorando clínicamente y procediendo a la retirada de la misma. Ésta coincide con la reaparición de la sintomatología por lo que realizó Endoscopia Digestiva Alta, en la que se evidenció un esófago sin lesiones hasta la transición esófago-gástrica, donde se objetivó úlcera de aspecto agudo en probable relación con sonda nasogástrica. Estómago con contenido alimentario que no fue posible aspirar, torsionado, sin que se identificase antro gástrico e impidiendo el paso del endoscopio (Figura 2).

Ante los hallazgos, se realizó estudio baritado alto en el que se apreció buen paso del contraste por esófago. Unión esófago-gástrica en posición normal. Relajación del hemidiafragma izquierdo. Estómago distendido con morfología volvulada, con fundus y cuerpo gástrico en situación intratorácica. No se observó paso distal de la papilla.

Se consultó con el equipo de Cirugía de guardia, que indicó la intervención quirúrgica urgente, evidenciándose hernia diafrágica izquierda de Bochdaleck. Se redujo el

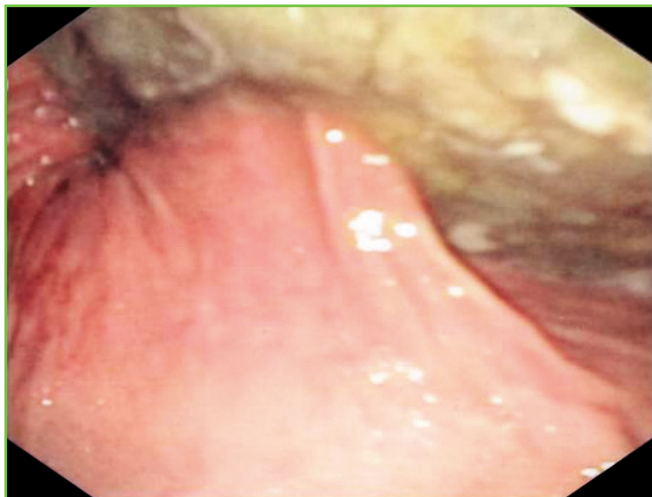


Figura 2

Imagen endoscópica a nivel gástrico donde se aprecia una torsión de los pliegues con abundante contenido alimenticio. No se puede identificar el antro gástrico.

contenido herniario (estómago, colon y bazo), cerrando el defecto con punto de sutura directa de material no reabsorbible. El paciente evolucionó de forma favorable dándose de alta a los 7 días tras la intervención quirúrgica, estando hasta el momento actual asintomático.

Discusión

Las hernias diafragmáticas congénitas son un defecto en el cierre del diafragma que condiciona el paso de vísceras abdominales hacia el tórax desde en el período prenatal, siendo raras en la edad adulta. Se definen dos tipos según la localización del defecto. Las hernias de Bochdaleck se localizan posterolateralmente y las de Morgagni son de localización anterior. La incidencia es de 1 de cada 5000 nacidos vivos. El 98% de las hernias diafragmáticas congénitas son de Bochdaleck⁴.

El 95% de los casos de hernia diafragmática congénita se presentan en el período neonatal², produciendo hipodesarrollo, hipoplasia e incluso agenesia pulmonar, presentando el recién nacido un cuadro de insuficiencia respiratoria aguda que requiere intervención quirúrgica urgente. El resto puede pasar inadvertido y diagnosticarse con posterioridad⁵. En el adulto, la persistencia del orificio es muy rara y el pulmón se desarrolla normalmente por lo que los síntomas son totalmente distintos⁶. En estos pacientes hay dos formas de presentación, la primera como hallazgo casual en un sujeto asintomático al que se le realiza una placa de tórax que evidencia de forma incidental, órganos abdominales dentro del tórax, en ocasiones incluso es la autopsia realizada por otra causa de muerte no relacionada la que revela la malformación; y la segunda es la de los pacientes, como el caso que nos ocupa, que presentan síntomas secundarios a incarceration, estrangulación y/o ruptura visceral dentro de la cavidad torácica⁷. El vólvulo gástrico resultante puede causar obstrucción completa o parcial, estrangulación o ulceración con sangrado o perforación. En nuestro caso, la sintomatología del paciente fue en forma de obstrucción por volvulación gástrica. El órgano que más frecuentemente pasa al tórax es, como en nuestro paciente, el estómago⁸.

Las hernias diafragmáticas traumáticas no son raras que pasen inadvertidas en el momento del traumatismo, debido a la gravedad de las lesiones asociadas y a que pueden no dar síntomas en el período inmediato que sigue al trauma. Pueden manifestarse después de un intervalo libre de síntomas de hasta 15 ó 20 años por lo que, en estos casos, resulta difícil incluso la demostración del accidente causante de la rotura.

Sin embargo, en ausencia de traumatismo, las hernias diafragmáticas congénitas sintomáticas en adultos se expresan como una urgencia quirúrgica por la estrangulación de un órgano abdominal.

Debido al riesgo de complicaciones graves, está generalmente aceptado que incluso los casos asintomáticos deben repararse quirúrgicamente. La elección de la vía de abordaje depende de la presencia de complicaciones viscerales. En la cirugía electiva se prefiere la vía transtorácica, mientras que cuando existen complicaciones sépticas se prefiere la vía abdominal⁹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nieto ZJ et al. Hernia diafragmática congénita posterolateral bilateral. Informe de un caso clínico y revisión de la literatura. Bol. Med. Hosp. Infant Méx. 1994;15(1): 39-42
2. Sabinston S et al. Surgery of the Chest. 5th Ed. Vol. 2. Cap 29, 1990: 957-960.
3. Salacin S et al. Bochdaleck hernia in adulthood: a review and an autopsy case report. J Forensic Sci. 1994;39(4): 1112-1116
4. Hartman GE et al. Diaphragmatic hernia. Nelson textbook of Pediatrics. 15th ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 1996: 1161-1165.
5. Newman BM, Afshani EA, Karp MP, Jewett TC, Coney DR. Presentation of congenital diaphragmatic hernia past the neonatal period. Arch Surg 1986; 212: 816-9.
6. Miller BJ. Bochdaleck hernia with hemorrhage in an adult. Can J Surg. 1993; 36(5): 476-478.
7. Soria-Aledo V, González-Martínez P, Fernández-Alconeroa FJ et al. Obstrucción intestinal por una hernia de Bochdaleck en el adulto. Cir Esp 2002;72(1):53-4
8. Ghanem AN. Total gastric gangrena complicating adult Bochdaleck hernia. Br J Surg .1987; 74(9): 779.
9. Silen ML et al. Video-assisted thoracic surgical repair of a foramen of Bochdaleck hernia. Ann Thorac Surg. 1995; 60 (2): 448-450.