

Hernia de Bochdalek

Autor: Darío Raúl Rey

Servicio de Neumonología, Hospital General de Agudos Dr. E. Tornú

Correspondencia:

Darío Raúl Rey
Domicilio postal: Sarandí 310 5°B- CABA
Tel.: 114951-1798
E-mail: darioraul.rey@gmail.com

Recibido: 18.11.2014
Aceptado: 21.02.2015

Caso clínico

Paciente masculino de 80 años, que presenta tos productiva con expectoración MP y fiebre de 6-7 días de evolución. En guardia le practican par radiográfico (Figuras 1 y 2), donde se aprecia opacidad heterogénea en campo inferior derecho, con varias imágenes de tipo cavitario, localizadas en la región posterior. **Aorta descendente desenrollada y con extensas calcificaciones. Imagen paratraqueal superior derecha (probable dilatación aneurismática de causa vascular).** Es internado con diagnóstico presuntivo de *“absceso múltiple en lóbulo inferior derecho”*.

Al examen clínico, llama la atención tanto su buen estado general, como la ausencia de halitosis esperable en esta afección. Al examen clínico, se auscultan roncus en ambas playas pulmonares, con ruidos hidroaéreos asociados en base derecha. Con diagnóstico probable de síndrome canalicular bronquial y hernia de Bochdalek, se practica TC de tórax (Figura 3) que confirma dicha presunción.

Discusión

Las hernias diafragmáticas se pueden definir como la transposición de órganos abdominales a la caja torácica, a través de defectos del músculo frénico. Pueden clasificarse en congénitas (como las de Morgagni-Larrey, Bochdalek), adquiridas (como los distintos tipos de hernia hiatal) o post traumáticas (debido a una contusión cerrada o una lesión lacerante). La hernia de Morgagni se traduce como un defecto en el espacio diafragmático anterior ubicado entre el apéndice xifoides y el borde costal¹.

La hernia hiatal es producto de la alteración del ligamento esófago diafragmático, que ocluye

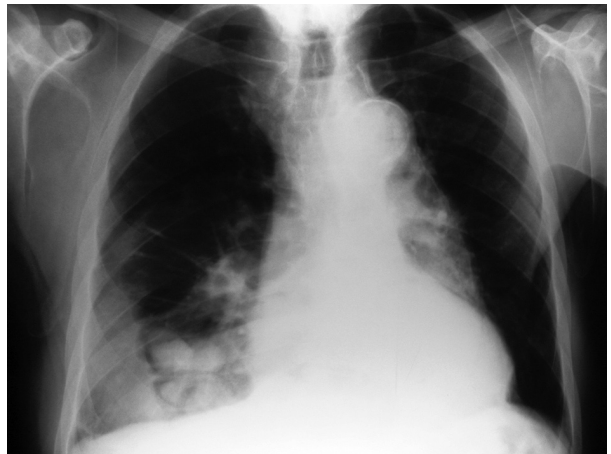


Figura 1. Opacidad basal heterogénea en campo inferior derecho



Figura 2. Opacidad basal localizada en región posterior



Figura 3. Voluminoso saco herniario con asas intestinales en su interior

el espacio entre el músculo frénico y el esófago, ligamento que pierde su elasticidad. Existen cuatro tipos: Tipo I (por deslizamiento); Tipo II (paraesofágica); Tipo III (mixta) y Tipo IV (hernia con presencia de otras vísceras)².

Inicialmente descrita en 1848 por Bochdalek³, este tipo de hernia se origina por un defecto embriogénico debido al cierre defectuoso del canal pleuroperitoneal y se presenta en 1 cada 2000-5000 recién nacidos. Por lo general localizada a izquierda, se expresa en niños con síntomas respiratorios asociado a hipoplasia pulmonar, siendo excepcional en la edad adulta. El diagnóstico, en estos últimos, se efectúa en forma accidental durante la exploración para investigar síntomas del aparato gastrointestinal superior.

La hernia de Bochdalek es una anomalía congénita más común de lo que se creía en el adulto asintomático. Gale⁴ examinó las Rx. y TC de tórax de 940 pacientes a fin de evaluar el concepto de que las hernias predominan a izquierda sobre derecha en relación 9:1 y determinar la prevalencia del tipo Bochdalek. El lado izquierdo prevaleció 2:1 sobre el derecho, identificando 60 hernias tipo Bochdalek

en 52 pacientes (prevalencia 6%), que es 100 veces más frecuente que lo informado previamente.

En un estudio retrospectivo realizado sobre 13.138 TC de abdomen, el tipo Bochdalek se diagnosticó en 22 casos (0.17%), siendo más frecuente en mujeres que en hombres y a la derecha sobre la izquierda. El 23% contenía órganos sólidos (hígado, riñón e intestino delgado) y el 73%, grasa o epiplón⁵.

La hernia de Bochdalek puede confundirse con neumonía, quiste pulmonar, derrame pleural, atelectasia y tumor de mediastino⁶.

Todos estos defectos herniarios del diafragma son adecuadamente evaluados y definidos, mediante modernos métodos imagenológicos que incluyen diferentes cortes con la técnica de TC multiplanar¹.

La reparación mediante cirugía suele ser exitosa y evita complicaciones, tales como estrangulación del saco herniario, necrosis entérica, hemotórax o neumotórax⁷.

Conflictos de intereses: El autor declara no tener conflictos de intereses.

Bibliografía

1. Santamarina M, Rinaldi Crespo S, Baltazar A, Volpacchio M. Rol de la TC multicorte en las hernias diafragmáticas. Ensayo iconográfico RAR 2009; 75: 421-432.
2. Maziak D, Todd T, Pearson F. Massive hiatus hernia: evaluation and surgical management. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1998; 115: 43-62.
3. Bochdalek VA. Einige Betrachtungen über die Entstehung des angeborenen Zwerchfellbruches als Beitrag zur pathologischen Anatomie der Hernien. *Vierteljahrsschrift für die praktische Heilkunde*. Prag 1848; 19: 89.
4. Gale M. Bochdalek hernia: prevalence and CT characteristics. *Radiology* 1985; 156: 449-52.
5. Betremieux P, Dabadie A, Chapuis M et al. Late presenting Bochdalek hernia containing colon: misdiagnosis risk. *Eur J Pediatr Surg* 1995; 5: 113-5.
6. Zaleska-Dorobisz U, Baglaj M, Sokolowska B et al. Late presenting diaphragmatic hernia: clinical and diagnostic aspects. *Med Sci Monit* 2007; 13: 137-46.
7. Carrascosa M, Abascal Carrera I, Saiz-Quevedo García J et al. *BMJ Case Reports* 2010; 1-2.