

HERNIA DE BOCHDALEK EN NONAGENARIOS: REPORTE DE UN CASO

Dra. Romik Leticia Méndez Baldeón

Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza

RESUMEN

La hernia de bochdalek es una malformación de origen embrionario en la mayoría de los casos, se cree que puede tener un desarrollo en la vida adulta, pero no se ha llegado a comprobar. Los síntomas que presenta, varían desde distrés respiratorio al nacimiento, cianosis, taquicardia o crecimiento asimétrico de cavidad torácica. Hay un pequeño porcentaje que se diagnostica de forma incidental. Es infrecuente diagnosticarse en la vida adulta, sin embargo es aún más infrecuente ser diagnosticada en nonagenarios. Esta paciente presentó un cuadro sospechoso de hemorragia digestiva alta por las características de los vómitos y por haberse descartado que se tratase de vómitos fecaloideos por estreñimiento. Pero la ausencia de variabilidad en el hematocrito, descarta esta hipótesis, que luego se confirmó mediante imagen, la sospecha de la malformación.

PALABRAS CLAVE

Hernia de bochdalek, hernia de bochdalek en adultos, hernia diafragmatica

ABSTRACT

Bochdalek's hernia is a malformation of embryonic origin in most cases, it is believed that it can have a development in adult life, but it has not been proven. The presenting symptoms vary from respiratory distress at birth, cyanosis, tachycardia or asymmetric growth of the thoracic cavity. A small percentage is diagnosed incidentally. It is infrequently diagnosed in adulthood, however it is even more infrequently diagnosed in nonagenarians. This patient presented with a suspected upper gastrointestinal hemorrhage because of the characteristics of the vomiting and because fecal vomiting due to constipation had been ruled out. However, the absence of variability in the hematocrit ruled out this hypothesis, which was later confirmed by imaging, the suspected malformation.

KEYWORDS

Bochdalek hernia, bochdalek hernia in adults, bochdalek hernia in nonagenarians

Notas Clínicas

INTRODUCCIÓN

Una hernia diafragmática se caracteriza por el paso del contenido abdominal hacia la caja torácica, debido a la alteración que se produce en el músculo diafragmático durante la vida embrionaria¹.

La hernia de bochdalek (HB), también conocida como hernia posterolateral diafragmática o hernia pleuro peritoneal² de presentación más frecuentemente en el lado izquierdo en un 85-90%.

Esta condición fue descrita por Vincenz Alexander Bochdalek en 1848, un patólogo y anatomista². La HB es una de las anormalidades diafragmáticas más frecuentes en la infancia y puede causar distrés respiratorio al nacimiento, cianosis, taquicardia y crecimiento asimétrico de la cavidad torácica¹. Mientras que en la vida adulta raramente son diagnosticados, siendo la mayoría de manera incidental, su prevalencia es 0,17-6% de todas las hernias diafragmáticas.

De acuerdo a la etiología de la hernia, se citan factores ambientales y genéticos que podrían contribuir a su formación. El 30% aproximadamente de las hernias congénitas se atribuyen a causas genéticas, ya sean anormalidad cromosómicas, número de copias y variación de secuencias. No es raro esperar que cuando existe variación genética, se produzcan malformaciones orgánicas, y la hernia de bochdalek no es una excepción. Se han identificado también síndromes multisistémicos asociados genéticamente a esta malformación, como pueden ser defectos pulmonares o cardíacos³.

Una hernia diafragmática congénita tiene una incidencia de 1 en 2000 a 1 en 3000 nacimientos. La incidencia total en los adultos con hernias asintomáticas es menor al 6%, aunque se cree que algunas de estas hernias se adquieren durante la adultez⁴.

CASO CLÍNICO

Paciente de 96 años, mujer, que acude por primera vez al servicio de urgencias por haber presentado varios vómitos líquidos negruzcos, como en posos de café. Visto por un médico en su domicilio, refiere dolor en hipogastrio. Características de las deposiciones, descritas como

negruzcas y pastosas. El familiar muestra una foto compatible con vómitos en posos de café, por lo que se ingresa en planta de medicina interna.

Su tratamiento habitual se basa en: Bisoprolol 2.5 mg 2/24 horas, Atorvastatina 10 mg 1/día, Lansoprazol 30 mg 1/24 horas, Edoxaban 30 mg 1/24 horas, Tramadol/paracetamol 75/650 mg 1/día, Pregabalina 150 mg 2/24 horas, Furosemida 40 mg 1/24 horas, Sulfato ferroso 40 mg 2/24 horas.

Al ingreso se mantiene hemodinámicamente estable; tensión arterial: 123/75, frecuencia cardíaca: 80 lpm, saturación de oxígeno: 93% basal. Consciente y orientada, normocoloreada, lengua seca y depapilada. Sin disnea ni cianosis. A la auscultación pulmonar, buena ventilación en todos los campos. Y en la cardíaca: tonos arrítmicos, no soplos ni roces. Abdomen: peristaltismo algo disminuido, dolor periumbilical leve. No megalias.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

ECG: FA con respuesta ventricular normal.

Hemograma: leucocitos 7200, neutrófilos 89.4%, linfocitos 6.5%. Hb 10.8, Hto 33.1%. INR 1.47, actividad de protrombina 56%, tiempo de protrombina 17, resto de coagulación normal. Bioquímica: glucosa 167, urea 63, creatinina 1.09, PCR 1.1. Ionograma y enzimas hepáticas normales.

Se realiza un control analítico posterior, manteniéndose sin cambios significativos.

Al no presentar alteraciones hemodinámicas, y tras mantenerse asintomática durante 48h, es dada de alta del servicio, suspendiendo temporalmente el anticoagulante por baja sospecha de hemorragia digestiva alta.

Es readmitida nuevamente en el servicio de urgencias a los 17 días posteriores al alta, con clínica similar, vómitos en pequeña cantidad incoercibles y desencadenados ante la mínima movilización, de aspecto negruzco, sin dolor abdominal asociado. En control analítico Hb 11.5, Hto 35.2% realizado de forma urgente. Se ingresa nuevamente y se coloca sonda nasogástrica de aspiración, con radiografía de tórax posterior para control (Fig. 1). Se obtiene líquido abdominal que impresiona de retencionista,

Notas Clínicas



Fig. 1. Radiografía de tórax para comprobar colocación de SNG. 31/01/2023.



Fig. 2. Topograma que evidencia recorrido anormal de la sonda nasogástrica. 03/02/2023



Fig. 3. Derrame pleural bilateral. Voluminosa hernia de Bochdalek, cavidad gástrica localizada en hemitórax derecho. Edema difuso parietal e hiper realce mucoso de la pared gástrica, de aspecto inflamatorio.

por lo que se llega a la conclusión de una probable gastroparesia diabética vs estómago retencionista. Se solicita una TC abdominal (Fig. 2), para ampliar estudio y se evidencia una gran hernia de Bochdalek que desplaza el cuerpo gástrico hacia hemitórax derecho, no visible en la radiografía previa.

Notas Clínicas

EVOLUCIÓN

Durante el ingreso, la paciente se mantuvo con sonda nasogástrica en aspiración hasta vaciamiento gástrico, así como enemas de limpieza. Tuvo un episodio de broncoaspiración que se trató exitosamente con antibióticos. Sufrió además un angor hemodinámico por fibrilación auricular rápida, que se trató exitosamente con amiodarona y antiagregantes. Se consensuó con familia y equipo médico-quirúrgico la desestimación de una intervención quirúrgica dadas las comorbilidades de la paciente.

Su cuadro de vómitos se resolvió espontáneamente, y no ha vuelto a presentar más ingresos hospitalarios por este motivo.

DISCUSIÓN

La hernia de bochdalek en la vida adulta, puede resultar un hallazgo casual en estudios radiológicos solicitados por cualquier causa, raramente ocasionan síntomas, y cuando lo hacen, suelen ser en edades más tempranas. En esta paciente nonagenaria, no se había llegado a este diagnóstico previamente, ni había presentado clínica aparentemente compatible con esta patología.

Sabemos que el tratamiento definitivo es la intervención quirúrgica, pero las comorbilidades de nuestra paciente, desestimaron cualquier tipo de intervención invasiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gu Ym, Li Xy, Wang Wp, Chen Lq. A Rare Bochdalek Hernia In An Adult: A Case Report. *Bmc Surg*. 2021 Oct 12;21(1):364. Doi: 10.1186/S12893-021-01357-2. Pmid: 34641847; Pmcid: Pmc8507328. Link: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8507328/>
2. Xiaofeng Hu, Bin Liu, Bochdalek Hernia, *The Lancet*, Volume 392, Issue 10141, 2018, Page 60, Issn 0140-6736, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31377-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31377-1). (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673618313771>)
3. Gue Rs, Winkler L. Bochdalek Hernia. [Updated 2023 Jul 30]. In: Statpearls [Internet]. Treasure Island (FL): Statpearls Publishing; 2023 Jan-. Available From: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539767/>. Link: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8507328/>
4. Hamid Ks, Rai Ss, Rodriguez Ja. Symptomatic Bochdalek Hernia In An Adult. *Jsls*. 2010 Apr-Jun;14(2):279-81. Doi: 10.4293/108680810x12785289144719. Pmid: 20932385; Pmcid: Pmc3043584. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3043584/>