UNIDA Salud
health journal
e-ISSN: 2791-2728

Publicación periódica de acceso abierto, financiada y editada por la Universidad de la Integración de las Américas

Reporte de caso

Manejo quirúrgico con colocación de malla en una hernia diafragmáticagigante congénita de Bochdalek en adulto

Surgical management with mesh placement in a giant congenital diaphragmatichernia of Bochdalek in an adult

Victor Luraschi-Centurión Victor[1], Riquelme Silvia Rebeca[2], Molinas-Argüello Joel[2] , Benítez Jorge Oscar[2]

[1] Hospital General de Luque, Servicio de Cirugía General, Dirección Médica. Luque, Paraguay.
[2] Hospital General de Luque, Servicio de Cirugía General, Residencia. Luque, Paraguay.

RESUMEN

Las hernias diafragmáticas se definen como la transposición de órganos Abdominales a la caja torácica, através de defectos del músculo frénico. La hernia de Bochdalek es congénita, se produce por una alteración en el desarrollo embriológico del Diafragma, causando una zona de debilidad anatómica que permite la protrusión de órganos intra-abdominales hacia la caja torácica. La prevalencia de la hernia de Bochdalek es de 1 en 2,200 nacimientos y se ubica en el lado izquierdo en un 80-90%, solo el 5-10% permanece indetectable en la niñez. Presentamos el caso de una paciente de 47 años que acude al servicio de Cirugía General del Hospital General de Luque, Paraguay, por dificultad respiratoria a moderados esfuerzos, de aproximadamente 2 meses de evolución, tras aumento de peso la dificultad respiratoria se exacerba y se acompaña de dolor abdominal. Se realiza una tomografía toracoabdominal (figura 1), encontrando la presencia de una hernia diafragmática que ocupa la Totalidad del hemitórax derecho con inclusión de riñón derecho, colon, asas delgadas y estómago. Se decide la cirugía y se procede a realizar una laparotomía y se realiza una hernioplastia diafragmática. Después de la cirugía la paciente presenta una Evolución satisfactoria, con posterior egreso hospitalario. Y continua con buena evolución tras dos años de la cirugía.

Palabras Claves: Hernia diafragmática; Bochdalek; dulto.

ABSTRACT

Diaphragmatic hernias are defined as the transposition of abdominal organs to the rib cage, through defects of the phrenic muscle. Bochdalek hernia is congenital, it is produced by an alteration in the embryological development of the Diaphragm, causing an area of anatomical weakness that allows the protrusion of intra-abdominal organs towards the rib cage. The prevalence of Bochdalek hernia is 1 in 2,200 births and it is located on the left side in 80-90%, only 5-10% remain undetectable in childhood. We present the case of a 47-year-old female patient who attends the General Surgery service of the General Hospital of Luque, Paraguay, due to respiratory distress at moderate efforts of approximately 2 months of evolution, after her weight gain the respiratory distress got worse and is accompanied by abdominal pain, which increases after the ingestion of abundant food. A thoracoabdominal tomography is performed (figure 1), finding the presence of a diaphragmatic hernia that occupies the entire right hemithorax, including the right kidney, colon, small bowel, and stomach. Surgical is decided and a laparotomy is performed and a diaphragmatic rapier is performed with a biological mesh. After surgery, the patient presented a satisfactory evolution, with subsequent hospital discharge. And with good evolution after two years of surgery.

Key words: Diaphragmatic hernia; Bochdalek; Adult.

Para correspondencia dirigirse a: chiwiriquelme2@gmail.com
Recibido: Marzo 7, 2022 - Aceptado: Abril 6, 2022.
Conflictos de interes: Ninguna que declarar.

Este es un artículo publicado en Acceso Abierto bajo Licencia Creative Commons CC-BY, que permite el uso sin restricciones, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que se cite debidamente la obra original.

INTRODUCCIÓN

Las hernias diafragmáticas ocurren en uno de cada 2.200 nacimientos, el tipo más frecuente esla de Bochdalek, la cual fue descrita por primera vez en 1948 por Víctor Alexander Bochdale(1). Se define como un defecto posterolateral del diafragma, por lo regular se presenta con mayor frecuencia en el lado izquierdo (85%), con discreto predominio en mujeres. Su presentación en adultos es extremadamente rara (5%),

Únicamente entre un 5-10 % de las mismas permanecen sin ser detectadas en la infancia, presentándose en el adulto(2). Cuando se presenta en el niño, supone una urgencia neonatal y suele presentarse como un distrés respiratorio grave secundario a hipoplasia pulmonar que amenaza la vida del niño. Por el contrario, la mayoría de adultos con hernia de Bochdalek presentan síntomas como dolor torácico o abdominal y el 14 % son asintomáticos(3).

Se produce por defecto de cierre del conducto pleuroperitoneal durante el desarrollo embriológico del diafragma, entre las semanas 8 y 10 de vida.

La mayoría de los casos se diagnostica de manera incidental, ya que cursan asintomáticos. Los síntomas más frecuentes son dolor abdominal (62%) y síntomas respiratorios (40%) (4).

Existen factores predisponentes (actividad física vigorosa, tos, constipación, estornudo y comidas copiosas) que favorecen la manifestación clínica. El mecanismo principal es el aumento de la presión intraabdominal. El embarazo se encuentra presente en 34% de los casos.

El diagnostico de la hernia diafragmática congénita se confirma mediante un estudio de rayos X con bario y mediante Tomografía computarizada. El diagnóstico de la hernia de Bochdalek enel adulto se puede establecer de dos formas:

por hallazgo incidental en estudios Radiológicos de tórax o,

por presencia de complicaciones secundarias al paso de vísceras abdominales a través del orificio Diafragmático, lo cual puede producir encarcelación, estrangulación y/o ruptura de estas dentro del tórax(5).

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino, de 47 años de edad, profesión, Licenciada en enfermería, oficial de la Policía Nacional, procedente de San Lorenzo, Asunción, Paraguay. Quien acudió al servicio de Cirugía General del Hospital General de Luque, en planes de cirugía programada, la misma refiere cuadro de 2 meses de evolución en el cual presenta dificultad respiratoria a moderados esfuerzos, la misma refiere que este se exacerba tras presentar aumento de peso en el último mes, y que dicho síntoma se acompaña de dolor abdominal tipo puntada localizado en epigastrio, posterior a la ingesta de alimentos copiosos. Refiere cuadro similar durante su embarazo hace 13 años, los cuales cedieron tras el parto.

Es conocida asmática en la infancia y adolescencia, no conocida Hipertensa, no conocida diabética, niega etilismo y tabaquismo. Refiere que realizándose estudios de rutina se constatan anomalías en radiografía de tórax,con velamiento de hemitórax y seno costofrénico del lado derecho. Por lo que se solicita TAC toracoabdominal con contraste con la cual acude.

Al examen físico se encontró: una paciente lucida, consciente, colaboradora, con Glasgow 15/15, Hemodinamia normal, presión arterial 110/70mmHg, frecuencia cardiaca 72 por minuto, frecuencia respiratoria 20 por minuto, saturación de oxígeno 96%, peso 86 kilogramos,

Talla 1.66 metros, con índice de masa corporal de 31.2kg/m3. A la auscultación torácica se encontró el murmullo vesicular disminuido en campo medio del hemitórax derecho, abolidos en base derecha, donde se auscultan ruidos hidroaéreos, murmullo vesicular conservado en vértice derecho y todo el campo pulmonar izquierdo.

El abdomen globuloso a expensas de tejido celular subcutáneo, blando, depresible, no doloroso, RHA presentes, normales.

Posteriormente en la TAC toracoabdominal con contraste que porta se observa; desplazamiento mediastinal hacia la izquierda por presencia de Gran hernia diafragmática derecha con importante pérdida de domicilio, colon derecho y transverso, hasta el ciego, junto con grasa retroperitoneal y algunas asas delgadas, aparecen prácticamente hacia el seno costofrénico derecho, el desplazamiento se verifica a nivel de la parte postero interna, (Figura 1 y 2) incluye el riñón derecho que se localiza en el tórax. (Figura 3) En ventana parenquimatosa pulmón derecho con atelectasias por compresión en gran parte, debido a la hernia.

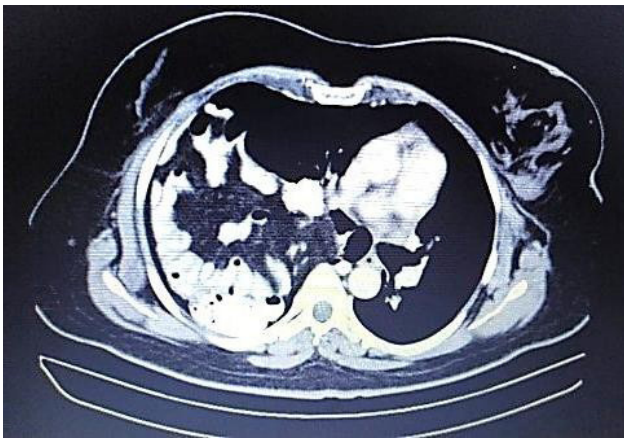


Figura 1. Tomografía axial computarizada con contraste oral y endovenoso de tórax, donde se observa contenido abdominal en tórax derecho.



Figura 2. TAC con doble contraste toracoabdominal, se observa contenido abdominal hasta vértice del campo pulmonar derecho.

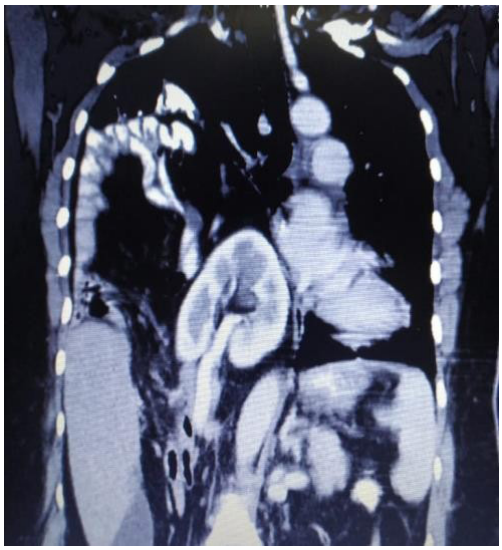


Figura 3. Se observa riñón derecho en tórax. Ingresa al quirófano con el diagnostico de una hernia diafragmática derecha gigante en planes de una cirugía electiva programada.

Se decide una laparotomía, ingresando a cavidad por una incisión subcostal ampliada del lado derecho, el hallazgo operatorio fue un defecto diafragmático en región posterior derecha de aproximadamente 15cm de longitud, con contenido colon transverso, ángulo hepático, colon descendente, hasta ciego y apéndice cecal, asas delgadas, riñón derecho, dentro del saco, con múltiples adherencias firmes al saco, los mismos protruyen a tórax por la parte posterior del hígado, el cual se encuentra desplazado para abajo en región umbilical. Pulmón derecho colapsado, se procede a la reducción de todas las estructuras a la cavidad abdominal, liberación de las adherencias, y resección de parte de saco conformado aparentemente por el conducto freno pleural, consiguiente apertura de cavidad pleural, cierre del defecto con hilo reabsorbible y posterior colocación de malla de poliéster recubierta con colágeno, la cual sefija al diafragma con grapas absorbibles tipo taker, se fija el hígado a la malla con adhesivo tisular, histocryl. Al finalizar la cirugía se instala un tubo de drenaje pleural de 36 fr.

En el posoperatorio la paciente pasa a una Unidad de Cuidados Intensivos, intubada conectada a asistencia respiratoria mecánica para mejor manejo de las vías respiratorias, tras buena evolución y buenos parámetros laboratoriales y gasometría normal, se decide su extubación a las 6hs posquirúrgicas. Se realiza una radiografía de tórax de control en sus primeras horas posoperatorias, en la cual se constata buena expansión de todo el campo pulmonar derecho (figura 4 – 5), Permanece en UTI durante 48hs con oxígeno por cánula nasal, realizando fisioterapia respiratoria y pasa a sala de Internados de Cirugía General.



Figura 4. Postquirúrgicos.



Figura 5. Postquirúrgicos.

Al examen físico desde su posquirúrgico presenta buena entrada de aire bilateral, con murmullo vesicular conservado en ambos campos, levemente disminuido en base derecha, el abdomen blando, depresible, no doloroso, con herida operatoria seca, el débito diario por el tubo de drenaje pleural variaba entre 300cc y 100cc en franco descenso, por lo que en su séptimo día posquirúrgico se realiza una nueva radiografía de tórax más una ecografía pleural en las cuales se constata buena expansión pulmonar y no se constata derrame pleural, por lo que se decide retirar el drenaje pleural, y en el octavo día de internación en vista de la buena evolución clínica, tolerando la vía oral, oxigeno ambiental y en los rayos X de tórax observando que no había derrame pleural y presencia de buena expansión pulmonar, sin área de neumotórax o atelectasia va de alta hospitalaria.

Acude a controles posoperatorios presentando buena evolución en los siguientes meses posoperatorios sin complicaciones.

DISCUSION

El tratamiento de las hernias diafragmáticas es quirúrgico(6). El abordaje puede hacerse por laparotomía, toracotomía o combinado, dependiendo de la presencia o no de complicaciones. La reparación de la hernia puede realizarse por vía transtorácica o abdominal, actualmente puede ser con mínima invasión o de forma convencional.

La vía transabdominal da la ventaja al cirujano de confirmar la posición de las vísceras abdominales y su compromiso; el procedimiento de elección dependerá del cirujano y su experiencia. Se efectúa reducción de las vísceras a la cavidad abdominal y cierre de la brecha diafragmática.

Las complicaciones más comunes de un paciente operado para corrección de una herniadiafragmática son: obstrucción intestinal por bandas fibrosas, reflujo gastroesofágico y hernia hiatal(7).

CONCLUSIÓN

La reparación quirúrgica del defecto es la terapia recomendada para todos los pacientes con hernia diafragmática de Bochdalek, independientemente de la presencia de síntomas.

Si se presentan síntomas, en los trabajos estudiados y más aún el testimonio de la paciente, se ve que existe una impórtate y considerable mejoría de la calidad de vida de este tipo de pacientes. Afortunadamente nuestra paciente presento buena evolución en su post operatorio, y hasta la fecha, luego de dos años de cirugía, no presenta complicaciones propiasa la patología ni a la cirugía realizada.

REFERENCIAS

1. Cruz Cantú LM, Lezama de Luna JF, Sámano Robles CM. Hernia de Bochdalek complicada con perforación gástrica en un paciente adulto. Reporte de un caso. Cir gen [Internet]. 2016 [citado 5 abr 2022];38(2):88–91. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992016000200088&lng=es

2. Morales Sánchez R, García Góngora JA, Rivas Salazar RJ, Robles Aguilera DA. Hernia de Bochdalek en el embarazo. Reporte de un caso y revisión de la literatura. Medicina Crítica [Internet]. 2020 [citado 5 abr 2022];34(5):293–5. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2020/ti205f.pdf.

3. Gómez González C, García G, Prieto Batorins MW, Enguídanos JM, Manrique Olmedo B. Hernia de Bochdalek asintomática en paciente adulto. Rev clín med fam [Internet]. 2018 [citado 5 abr 2022];11(2):101–4. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2018000200101

4. Toral Chan AI, Palacios Padrón A, Castillo Castellanos R, Vázquez Hernández R. Hernia de Bochdalek en adulto: una entidad extremadamente infrecuente. Rev Fac Med Univ Nac Auton Mex [Internet]. 2019 [citado 5 abr 2022];62(3):27–31. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422019000300027

5. Campos-Sánchez EJ, La M-M, Sierra-Aguilar SI, La Puente C Á-D, Ayestas JF. Hernia de Bochdalek Diagnosticada en la Edad Adulta: Reporte de Caso. Archivos de Medicina [Internet]. 2018 [citado 5 abr 2022];14(3). Disponible en: https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/hernia-de- bochdalek-diagnosticada-en-la-edad-adulta-reporte-de-caso.php?aid=23397

6. Masson E. Tratamiento quirúrgico de las hernias diafragmáticas raras [Internet]. EM-Consulte. [citado 6 abr 2022]. Disponible en: https://www.em-consulte.com/es/article/710359/tratamiento- quirurgico-de-las-hernias-diafragmatic

7. Rojas Solano MJ, Badilla García J. Hernia diafragmatica en pediatria. Med leg Costa Rica [Internet]. 2019 [citado 6 abr 2022];36(1):101–9. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152019000100101