

CIRUGIA DE URGENCIA

Hernia del hiato de Bochdalek estrangulada en el adulto

Dres. JUAN C. CASTIGLIONI y ROGELIO BELLOSO GARCIA *

Referiremos en la presente comunicación, un caso de hernia diafragmática posterolateral o del hiato de Bochdalek, estrangulada, en el adulto. Creemos que reviste interés por diversos motivos.

Según la mayoría de los autores que revisaron la bibliografía desde 1798 a 1966 (1, 2, 3, 6, 7, 9, 10) las hernias estranguladas diafragmáticas, en más del 60 % de los casos, son de origen traumático. Dentro de las congénitas las cifras son variables. Para Rivarola (9) las del hiato de Bochdalek constituyen el 18 %; Pilcher (8) recopila en 1965, 376 casos de hernias diafragmáticas congénitas, de las cuales 323 eran posterolaterales.

En la literatura mundial (4, 5, 3, 10) se citan hasta 1968, 38 casos similares al que presentamos. En nuestro medio el único caso publicado corresponde a Suiffet y Priario (10).

De ello surge la baja frecuencia de esta complicación en el adulto y la dificultad de su diagnóstico.

La estrangulación constituye siempre un grave accidente en cualquier tipo de hernia diafragmática, cualquiera sea la edad del paciente. Es la causa quirúrgica más frecuente de muerte, en el recién nacido, por insuficiencia respiratoria. Las estadísticas de diversos autores, englobando las hernias diafragmáticas estranguladas ya sea de causa congénita o adquirida, muestran una elevada tasa de mortalidad que oscila entre 39 % (7), a 71 % (1) cifras que tienden a decrecer en los últimos años (10) debido a un mejor conocimiento de la clínica, métodos de diagnóstico y tratamiento precoz.

OBSERVACION

M. M., sexo femenino, 30 a.; ingresa al Satorio Americano el 4-IX-71.

Motivo de ingreso: cuadro agudo de abdomen.

Enfermedad actual: comienza 48 h. antes del ingreso con dolor abdominal difuso, tipo retortijón, persistente, con breves periodos de acalmia. Detención del tránsito para materias y gases desde el mismo tiempo. Estado nauseoso, sin vómitos. Anorexia. Tránsito urinario: normal.

UMN: hace 15 días. Apirética desde el inicio del cuadro.

Antecedentes personales: apendicectomizada; operada de fibroadenosis mamaria. Dispepsia hipoesténica, colecistograma normal.

Examen: buen estado general, mucosas bien coloreadas. Lengua húmeda, saburral. Pulso: 100; tensión arterial: 120/80.

Abdomen: cicatriz de Mac Burney, simétrico, distendido, se moviliza bien, duele espontáneamente en epigastrio e hipocondrio izq. Palpación: depresible, duele en las mismas zonas. No visceromegalias. Percusión: timpanismo difuso. Auscultación: ruidos normales. Regiones herniarias: sp. Tacto rectal: ampolla vacía, Douglas libre e indoloro.

Laboratorio: leucocitosis 9.600; ex. de orina: normal.

Radiología: Rx. simple de abdomen de pie (fig. 1).

Colon por enema (figs. 2 y 3).

Rx. de tórax de frente (fig. 4).

Diagnóstico clínico: oclusión intestinal.

Diagnóstico radiológico: oclusión de colon por hernia diafragmática estrangulada.

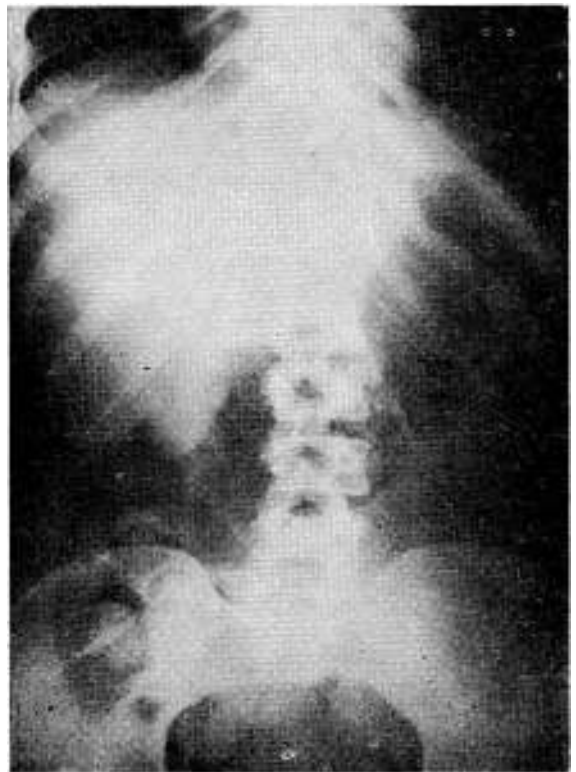


FIG. 1.— Gran distensión gaseosa de colon ascendente y transverso; se aprecian materias en ambos sectores. La distensión llega hasta el ángulo izquierdo. No hay gases en el descendente ni sigmoides. No se observan niveles.

* Asistente y Residente de Cirugía. Fac. Med. Montevideo.

Presentado el 23 de agosto de 1972.

Operación: 5-IX-71. Dr. J. C. Castiglioni. Anestesia general. Posición: decúbito dorsal con inclinación de 45° a derecha.

Incisión: transversa izq. con vistas a una eventual ampliación a hemitórax izq.

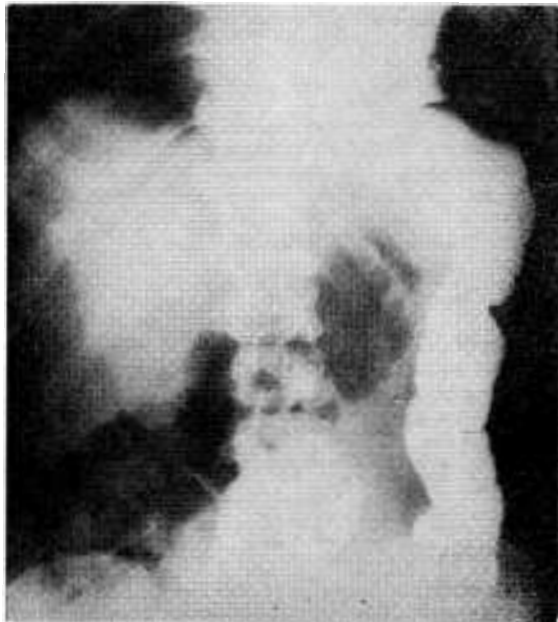


FIG. 2

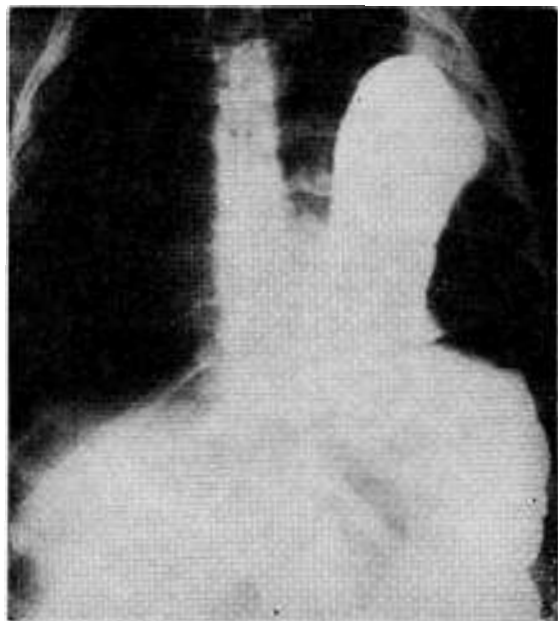


FIG. 3

Figs. 2-3.— El bario llena sigmoides, descendente y ángulo izquierdo. Hay un gran bucle que penetra en el hemitórax izquierdo. La columna de bario asciende hasta la 5ª vértebra dorsal, descendiendo luego, deteniéndose luego a la altura del diafragma.

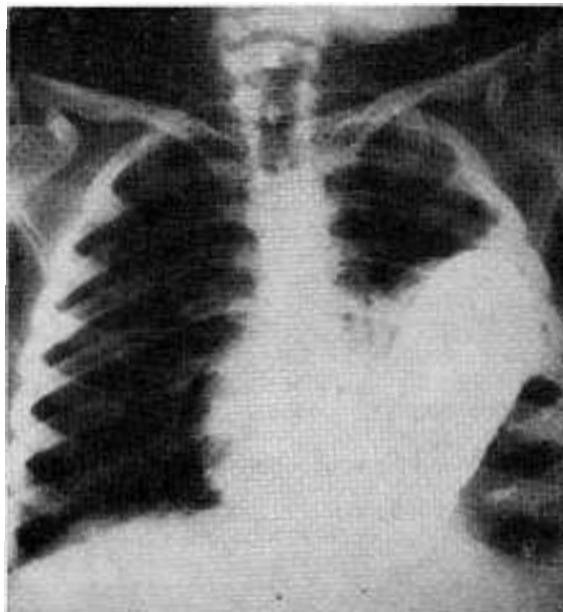


FIG. 4.— Muestra el desplazamiento de la imagen cardíaca y tráquea hacia la derecha, así como el colapso del lóbulo inferior izquierdo, cuyo sitio está ocupado por el colon, y una sombra aérea, sin trama, que corresponde al estómago.

Exploración: gran distensión de colon derecho y transverso. Colon izq. chato y vacío. No hay líquido en el peritoneo. El sector izq. del colon transverso que es enormemente largo se pierde hacia el tórax. También se encuentran en el tórax la mitad proximal del estómago y el bazo.

Procedimiento: se reduce hacia el abdomen el colon, estómago y bazo sin ninguna dificultad ya que no existen adherencias intratorácicas ni al anillo. Se observa en el hemidiafragma izq., en su sector posterior y lateral, una brecha ojival de unos 10-12 cms., de eje mayor situada inmediatamente por arriba y por fuera del riñón izq. A través de la brecha se ve el pulmón izq. que se distiende al ser insuflado por el anestesista, sin ninguna estructura que lo separe del abdomen. Se coloca drenaje pleural bajo agua, por contraabertura torácica declive, practicada a través de la brecha diafragmática. Cierre del diafragma a puntos separados de lino. Cierre de la pared.

Evolución: sin complicaciones; se retiró el drenaje pleural a las 48 h. previa Rx. de tórax que mostraba la completa reexpansión. Evacuó el intestino por enema antes de las 24 h. Alta al 6º día en buenas condiciones.

COMENTARIO

Referente al caso presentado podemos hacer algunas consideraciones. El cierre completo de la membrana pleuropéritoneal se establece en el embrión de 20 mm. Si la detención del crecimiento se produce antes de

esta fecha queda un orificio de tamaño variable que comunica ambas cavidades. Constituyen las hernias diafragmáticas variedad embrionaria que se caracterizan por la ausencia de saco, como nuestro caso. Si por el contrario la detención del crecimiento es ulterior existe la membrana pleuroperitoneal que separa ambas cavidades y la agenesia es sólo muscular, constituyendo las denominadas hernias fetales. Esta es menos frecuente que la anterior.

La hernia del hiato de Bochdalek es más común a izq., ya que el hígado es una eficaz barrera que impide el pasaje del contenido intestinal al tórax. El bazo puede actuar de manera similar y ello hace que la hernia pueda ser asintomática hasta que por diversos mecanismos se evidencia en la edad adulta.

El contenido varía, bazo, estómago, epiplón, colon, son hallados habitualmente formando parte de la hernia. La época en que se hace sintomática no guarda relación alguna con la edad, ni con el contenido sino con el tamaño del orificio. Este es factor fundamental en la estrangulación, sumado a la torsión que puedan sufrir las vísceras prolapsadas en el tórax y a las adherencias entre las mismas. Como factor precipitante debe resaltarse el aumento de la presión dentro de la cavidad pleuroperitoneal, la distensión de los órganos dentro del tórax, la suma de ambos factores, acaecido luego de comidas copiosas, abundante ingestión de líquidos efervescentes, embarazos, puerperios, traumatismos, etc.

El diagnóstico es difícil y tardío. Los síntomas proteiformes, progresivos; dolores torácicos o epigástricos que simulan patología gastroduodenal, dolor irradiado a hombro izq. Cuando el estómago está incluido 45 % (1), el vómito es frecuente, o bien presentan síntomas de oclusión intestinal de altura variable según la porción de intestino comprometida. Como signos clínicos los respiratorios son frecuentes: movimientos respiratorios disminuidos o bien abolidos en el hemitórax correspondiente que puede estar excavado o distendido si está ocupado por colon. Muchas veces se confunden con derrames pleurales o pnoneumotórax siendo puncionados y extrayéndose contenido digestivo. Los síntomas de desviación mediastinal no son frecuentes en el adulto.

El estudio radioscópico de tórax de frente y de perfil, la radiografía toracoabdominal de pie y acostado así como el gastroduodeno y el colon por enema son indispensables para el diagnóstico.

En casos de estrangulación la vía de abordaje abdominal es la indicada ya que facilita las resecciones viscerales de ser necesarias, de lo contrario, la vía torácica es de elección pues permite una mejor exposición y liberación de las adherencias al anillo y al pulmón. Muchos autores son partidarios de la vía combinada toracoabdominal.

La complicación más temida la constituye la perforación o gangrena del contenido dentro del tórax.

RESUMEN

Se presenta un caso de hernia diafragmática del hiato de Bochdalek, estrangulada en el adulto. Se revisa la literatura mundial destacándose la baja frecuencia de esta entidad en el adulto y la buena evolución del caso citado. Se realizan consideraciones sobre etiología, clínica y tratamiento.

RÉSUMÉ

Présentation d'une hernie diaphragmatique étranglée du hiatus de Bochdalek, chez un adulte, et de son évolution satisfaisante. Révision de la littérature mondiale, qui permet de souligner la faible incidence de cette maladie chez l'adulte. Considérations sur le traitement, l'étiologie et la clinique.

SUMMARY

Description of a case of strangled diaphragmatic hernia of Bochdalek's hiatus, in an adult which evolved satisfactorily. This is completed by a review of world literature on the subject. It is interesting to note the low incidence of this disease in adults. Finally the author goes over its ethiology, clinical aspects and treatment.

BIBLIOGRAFIA

1. CARTER, B. N., GIUSEFFI, J. and FELSON, B. Traumatic diaphragmatic hernia. *Ann. Surg.*, 128: 210, 1948.
2. HEDBLUM, C. A. Diaphragmatic hernia. *J.A.M.A.*, 85: 947, 1925.
3. HOFFMAN, W. Strangulated diaphragmatic hernia. *Thorax*, 23: 541, 1968.
4. KIRKLAND, J. A. Strangulated diaphragmatic hernia. *Brit. J. Surg.*, 47: 16, 1959.
5. KODMAS, B., AGOROMANULS, A. Bochdalek's post, lat. hernia. *Lyon Chirur.*, 64: 596, 1968.
6. MONTELLA, G. et CAMPIONE, G. Ernia diafragmatica strozzata. *Arch. Ital. Chirur.*, 79: 397, 1955.
7. PEARSON, S. C. Strangulated diaphragmatic hernia. *Arch. Surg.*, 66: 155, 1953.
8. PILCHER, J. Citado por Hoffman (3).
9. RIVAROLA, J. E. Formas clínicas de hernia congénita posterolateral. *Pren. Méd. Arg.*, 57: 1295, 1970.
10. SUIFFET, W., PRIARIO, J. C. Hernias diafragmáticas congénitas. *An. Fac. Med. Montevideo*, 49: 14, 1964.

DISCUSION

DR. SUIFFET.—Es interesante escuchar este tipo de comunicaciones. En la reunión pasada, el Dr. Estrugo presentó un caso de hernia diafragmática no traumática estrangulada. El Dr. Belloso nos trae hoy otra observación. Cuando publicamos un trabajo sobre el tema (*An. Fac. Medicina*, 49: 14, 1964) no había ninguna observación publicada en nuestro medio. Presentamos en ese momento cinco observaciones. En la literatura mundial hay muchos trabajos de hernias diafragmáticas estranguladas, pero la mayoría se refieren a la variedad traumática. Pero la infrecuencia

no parece ser real, sino que existen observaciones aisladas que no se registran. De cualquier manera la estadística que citó el Dr. Belloso, no creemos que sea la real en todo este problema. Tal vez la referencia se hace a la pediatría, en donde es mucho más frecuente observar este tipo de hernia diafragmática accidentada.

Como dijo el Dr. Belloso, hay dos variedades en este tipo de hernia, según el momento del desarrollo embriológico en que se interrumpe la constitución definitiva del diafragma. En nuestras cinco observaciones, dos correspondían al tipo que se presenta hoy. Una tenía saco, y otra no lo tenía. Este último caso es

muy interesante, porque se ignoró la causa real de la oclusión intestinal que tenía la paciente. Con diagnóstico de oclusión cerrada de colon, se le realizó una cecostomía. A los cuatro días, vimos la paciente con un empiema pútrido izquierdo, producido por la perforación del colon estrangulado en la hernia. El diagnóstico se confirmó como en este caso, por medio del examen radiológico del colon, el cual mostró la salida del bario en la cavidad pleural.

La infrecuencia de esta complicación de las hernias diafragmáticas es exacta, pero es necesario recordarlas, dado la grave situación que crean.
