

Hernia diafragmática en el embarazo. Reporte de un caso y revisión de literatura

Oscar Alberto Gómez Morales¹, María José Novoa Zamudio²,
Niza Rosbett Nájera Ruiz³, José Anaya Herrera⁴

Resumen

Se expone el caso de una paciente de sexo femenino de 23 años de edad, con embarazo intrauterino de 20 semanas de gestación, hernia diafragmática no traumática congénita con contenido gástrico el cual presenta vólvulo, con colapso del parénquima pulmonar, antecedente de un parto previo sin repercusión respiratoria, defecto amplio, con incompatibilidad para la vida, por lo que se reporta el caso.

Palabras claves: hernia diafragmática, congénita, vólvulo, embarazada.

Abstract

The case of a 23-year-old female patient with an intrauterine pregnancy of 20 weeks of gestation, congenital non-traumatic diaphragmatic hernia with gastric contents is presented, which presents volvulus, with collapse of the pulmonary parenchyma, antecedent of a previous delivery without respiratory repercussions, wide defect, with incompatibility for life, for which the case is reported.

Key words: Diaphragmatic hernia, congenital, Volvulus, Pregnant.

- 1 Médico Residente en Ginecología y Obstetricia "Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini"
- 2 Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia "Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini"
- 3 Médico Residente en Ginecología y Obstetricia "Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini"
- 4 Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia, Director médico "Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini"

Oscar Alberto Gómez Morales: 0000-0002-8883-8697
María José Novoa Zamudio: 0000-0003-0145-7785
Niza Rosbett Nájera Ruiz: 0000-0002-2073-6299
José Anaya Herrera: 0000-0002-1804-1017

Correo electrónico: oagm_13@hotmail.com

Recibido: 11/3/21 Aceptado: 30/9/21

INTRODUCCIÓN

Las hernias diafragmáticas se definen como la transposición de órganos abdominales a la caja torácica a través de defectos del músculo frénico, existiendo tres tipos básicos de hernia diafragmática congénita: hernia de Bochdalek (HB), hernia de Morgagni (HM) y hernia de hiato^{1,2}.

Las hernias diafragmáticas posterolaterales o de Bochdalek representan el tipo más común de hernia diafragmática congénita. La HB se produce por una alteración en el desarrollo embriológico del diafragma, causando una zona de debilidad anatómica que permite la protrusión de órganos intraabdominales hacia la caja torácica, siendo resultantes de una falla en el desarrollo de los agujeros diafragmáticos posterolaterales para fusionarse adecuadamente. Fueron descritas por primera vez por el checo Vincent Alexander Bochdalek en 1848².

La prevalencia de la hernia de Bochdalek es de 1 en 2.200 nacimientos, se ubica en el lado izquierdo en 80-90% y sólo 5-10% permanece indetectable en la niñez¹. Las hernias del lado izquierdo presentan como contenido fundamentalmente estómago, intestino delgado, colon y puede además tener bazo y páncreas. En las hernias del lado derecho (13% de los casos), sólo el hígado y una porción del intestino grueso tienden a herniar². Su diagnóstico en el adulto es excepcional y se han descrito pocos casos en la bibliografía. Se descubren generalmente en la edad adulta de forma incidental o tras volverse sintomáticas por compromiso intestinal o respiratorio. En el caso de mujeres son asintomáticas hasta el momento del embarazo, cuando pueden presentarse como una complicación fatal en forma de estrangulamiento visceral¹.

El vólvulo gástrico es una entidad poco frecuente. Se trata de la rotación total o parcial del estómago que puede ocurrir en el eje longitudinal, también llamada órgano-axial o en su eje transversal o mesentérico-axial³. Su etiología puede ser: idiopática, primaria (por ausencia o laxitud de los ligamentos de fijación gástrica, particularmente el gastrocólico y gastroesplénico) o secundario (a pro-

blemas congénitos por fijación gástrica deficiente, como los defectos diafragmáticos, la ausencia de fijación del bazo, adherencias y/o bandas)⁴. Los síntomas más frecuentes son la disnea y el vómito, y al examen físico se puede observar asimetría abdominal con distensión del abdomen superior. Puede desencadenar shock como complicación tardía por compromiso vascular del tejido involucrado. Se presenta en ambos sexos, sin predominio de grupo etario. El contenido de la hernia está ocupado hasta en 80% por el estómago. El vólvulo gástrico puede causar necrosis gástrica y poner en riesgo la vida del paciente. Se han descrito diferentes tipos de vólvulo, tales como el órgano-axial, el mesentérico-axial o el mixto en la edad pediátrica, de los cuales sobresale el vólvulo gástrico intratorácico considerado una complicación rara de hernia diafragmática, donde el estómago sufre una torsión órgano axial que predispone a estrangulación y necrosis. A nivel mundial, están reportados en la literatura unos 100 casos de estrangulación gástrica por vólvulo secundaria a hernia de Bochdalek, por lo tanto, debe ser considerada una urgencia médica y ser tratada quirúrgicamente con oportunidad⁵.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de sexo femenino de 23 años cursando segunda gestación, con antecedentes obstétricos de un parto previo sin complicaciones, cursando embarazo de 20 semanas, recibió 3 consultas de control prenatal en centro de salud, sin eventualidades.

Acude con cuadro de tres días de evolución dado por dolor abdominal de tipo cólico a nivel de epigastrio, irradiado a hipocondrio izquierdo, el cual ha sido progresivo. Asociado al mismo refiere vómitos en 30 ocasiones

Tabla 1.

Laboratorios de ingreso y de control.

GLU: Glucosa; CREA: Creatinina; AU: Ácido úrico; BT: Bilirrubina total; BD: Bilirrubina directa; BI: Bilirrubina indirecta; FA: Fosfatasa alcalina; TGP: Alanina-aminotransferasa; TGO: Aspartato-aminotransferasa; AMI: Amilasa; LIP: Lipasa; LEU: Leucocitos; HB: Hemoglobina; HTO: Hematocrito; PQT: Plaquetas.

	GLU	CREA	AU	BD	BT	BI	FA	TGP	TGO	AMI	LIP	LEU	HB	HTO	PQT
14.02.21	143	0.57	4.3	0.43	1.23	0.80	46	12	8	58	18	14.1	15	46.1	231
15.02.21	127	0.38								63	21	10.5	13		210

Figura 1.

Radiografía abdominal de pie, con imagen en cuadrante superior izquierda, sugestiva a oclusión intestinal.



aproximadamente, intolerancia progresiva a la vía oral y estreñimiento.

Al examen físico al ingreso se constatan signos vitales de: tensión arterial 118/76 mmHg, frecuencia cardiaca 83 lpm, frecuencia respiratoria 24 rpm, temperatura 35,8°C, saturación de oxígeno 93%, niega datos de dificultad respiratoria con Sat O₂ 93%. Se so-

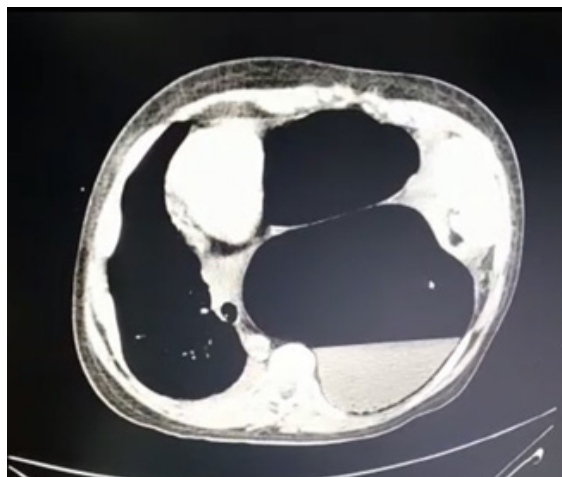
Figura 2.

Escaneo topográfico donde se aprecian estructuras con lateralización hacia hemitórax derecho, con disminución de parénquima pulmonar derecho. Hemitórax izquierdo con ausencia de parénquima pulmonar, engrosamiento de las paredes y distensión de asas intestinales; a nivel pélvico, con presencia de estructuras óseas fetales en pelvis.



Figura 3.

Tomografía axial computarizada con vólvulo gástrico ocupando todo el hemitórax izquierdo, con componente líquido aire en su interior, con colapso pulmonar total, y desplazamiento contralateral de todos los órganos mediastinales.



licitan estudios de laboratorio al ingreso (tabla 1), ultrasonido obstétrico y de abdomen superior.

Ultrasonido hígado y vía biliar (14.02.21): Hígado y vía biliar sin alteraciones, proceso inflamatorio bilateral, de predominio izquierdo. Ultrasonido obstétrico (14.02.21): Embarazo de 22.6 semanas, peso estimado 515 gramos, líquido amniótico normal.

Se solicita valoración por el servicio de Cirugía General, quien refiere probabilidad de enfermedad ácido péptica versus dispepsia funcional, solicita radiografía de abdomen (imagen 1), evidencia de imagen radiolúcida en cuadrante superior izquierdo.

Durante la internación la paciente presenta distensión abdominal con aumento de dolor, persistencia de vómitos de contenido gástrico en 5 ocasiones, presencia de taquicardia, taquipnea e hipotensión, por lo que se decide interconsulta a medicina crítica obstétrica y revaloración por el servicio

Figura 4.

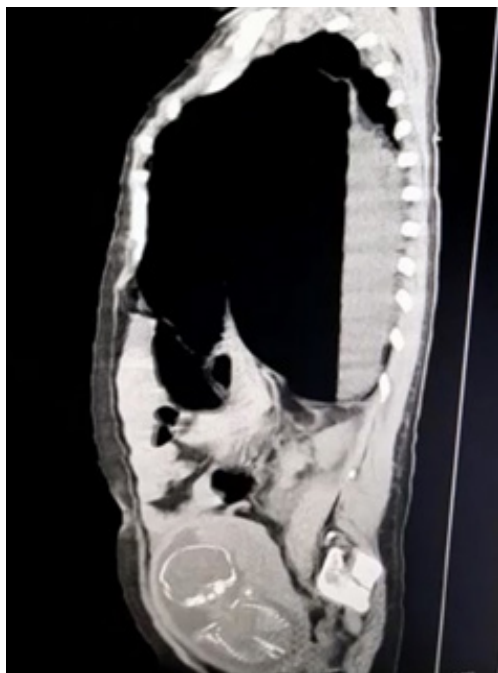
Tomografía axial computarizada, corte coronal, con colapso pulmonar total, y desplazamiento contralateral de todos los órganos mediastinales.



de cirugía. Con planteo de cuadro abdomen agudo se indica ingreso a quirófano. Previamente se solicita tomografía axial computada toracoabdominal simple (imagen 2 a 5), reportando hernia diafragmática izquierda, a considerar vólvulo del estómago que condiciona colapso casi total del parénquima pulmonar derecho, compresión y desplazamiento del mediastino, derrame pleural bilateral y útero ocupado por producto único. Se difiere cirugía y se solicita valoración por Cirugía de Tórax, por presencia de defecto amplio, con compromiso cardiorrespiratorio. Paciente con elementos de shock de tipo obstructivo con disminución de la precarga, aumento de resistencias vasculares periféricas, disminución del gasto cardiaco, falla respiratoria súbita que presenta paro cardiorrespiratorio. Se inicia resucitación car-

Figura 5.

Tomografía axial computarizada, corte sagital, derrame pleural.



diorrespiratoria, durante 30 minutos, con respuesta desfavorable.

DISCUSIÓN

El vólvulo gástrico que es una entidad muy rara y se encuentra infrecuentemente en pacientes con hernia diafrágica izquierda, no encontrando casos reportados en la bibliografía en México de esta entidad.

El defecto congénito herniario de Bochdalek se presenta debido a la fusión incompleta del septum transversum y los pliegues pleuroperitoneales durante las semanas 8 y 10 de gestación⁶ asociándose con un defecto anatómico del diafragma⁷ con contenido visceral abdominal hacia el tórax. En la literatura se han descrito 56 casos de hernias diafrágicas maternas durante el embarazo,

se reporta que 54% se presentaron después de las 24 semanas de gestación, 21% antes de las 24 semanas, 20% durante el trabajo de parto o el postparto y 5% no informó gestación⁸. El incremento de la presión intraabdominal secundario al crecimiento uterino y al aumento en la secreción de progesterona son factores que aumentan el tamaño herniario⁹.

Se cree que el mismo aumento de la presión intraabdominal condicionaría la herniación de contenido abdominal hacia el tórax. Sin embargo, no es frecuente que se asocie a elementos súbitos de shock, por lo que se cree que el vólvulo fue la causa del mismo determinando el desplazamiento del mediastino y ocupación del hemitórax izquierdo. No tenemos documentado antecedente de hipoplasia pulmonar y en el estudio de gabinete no se observa parénquima pulmonar. Secundario a shock de tipo obstructivo y desplazamiento del mediastino, se presentó shock cardiogénico con fallo de bomba y paro cardíaco, el cual no respondió a maniobras de resucitación, se solicitó autopsia materna para documentar hallazgos los cuales no fueron permitidos por familiar.

CONCLUSIONES

El desenlace de este caso clínico y los resultados adversos en la paciente fueron desencadenados por estrangulación de contenido de una hernia de Bochdalek con un vólvulo gástrico asociado e isquemia de contenido visceral lo que determinó un estado de shock. Se concluye como causa de defunción: necrosis visceral evolucionada, sepsis y una insuficiencia ventilatorio-respiratoria por ocupación pleural izquierda y colapso pulmonar homolateral.

Bibliografía

1. Campos-Sánchez EJ, Mejía-Martínez LA, Sierra-Aguilar SI, Ávila-De La Puente C, Ayestas JF. Hernia de Bochdalek diagnosticada en la edad adulta: reporte de caso. Arch Med. Internet Medical Publishing. [en línea] 2018. [citado año mes día]; Disponible en: <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/hernia-de-bochdalek-diagnosticada-en-la-edad-adulta-reporte-de-caso.php?aid=23397>
2. Gedik E, Tuncer MC, Onat S, Avci A, Tacyildiz I, Bac B. A review of Morgagni and Bochdalek hernias in adults. Folia Morphol (Warsz). 2011 Feb;70(1):5-12.
3. Álvarez Cárcamo D, Fehuerhake Larrain S, Espinoza Bravo A. Vólvulo gástrico. A propósito de un caso clínico. Rev Ped Elec. [en línea] 2009. [citado año mes día];6(3). Disponible en: http://www.revistapediatria.cl/volumenes/2009/vol6num3/pdf/congreso_cirugia/cirugia101.pdf
4. Karande TP, Oak SN, Karmarkar SJ, Kulkarni BK, Deshmukh SS. Gastric volvulus in childhood. J Postgrad Med. 1997 Apr-Jun;43(2):46-7.
5. Díaz Rincón C, Gómez Pareja C. Estrangulación gástrica por vólvulo. Rev Colomb Cir. 2008;23(2):117-122.
6. Eglinton T, Coulter GN, Bagshaw P, Cross L. Diaphragmatic hernias complicating pregnancy. ANZ J Surg. 2006 Jul;76(7):553-557.
7. Ngai I, Sheen JJ, Govindappagari S, Garry DJ. Bochdalek hernia in pregnancy. BMJ Case Rep. 2012 Sep 11;2012:bcr2012006859.
8. Reddy M, Kroushev A, Palmer K. Undiagnosed maternal diaphragmatic hernia-a management dilemma. BMC Pregnancy Childbirth. 2018 Jun 15;18(1):237.
9. Ménassa M, Bergeron AM, Drolet S, Bouchard A. Strangulated Congenital Diaphragmatic Hernia of Bochdalek Diagnosed in Late Pregnancy: A Case Report and Review of the Literature. J Obstet Gynaecol Can. 2019 Oct;41(10):1482-1484.