



P-200 - IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: HERNIA DE BOCHDALEK VS. EVENTRACIÓN DIAFRAGMÁTICA

Fernández Fernández Rebollos, Andrea; Canga Presa, José María; Martínez Rodríguez, María Isabel; Medrano Montero, Irene; Sutil Reguera, Nerea; Gotor Santos, Tania; Puig Aznar, Pablo; Diago Santamaría, María Victoria

Complejo Asistencial de León, León.

Resumen

Introducción: Tanto las hernias como las eventraciones diafragmáticas son infrecuentes. Las primeras pueden ser congénitas, siendo la hernia de Bochdalek (HB) la más prevalente, o adquiridas por rotura traumática, observando en ellas solución de continuidad muscular. Las eventraciones diafragmáticas, sin embargo, se definen como la elevación anormal y permanente del diafragma sin solución de continuidad, con existencia de músculo diafragmático hipoplásico, y en el adulto, la mayoría se deben a parálisis del nervio frénico. En adultos, ambas suelen ser asintomáticas, siendo ocasional el desarrollo de síntomas gastrointestinales o respiratorios. Ante el desarrollo de sintomatología o complicación aguda la indicación quirúrgica no se pone en duda. Presentamos el caso clínico de un paciente adulto asintomático con sospecha de HB en el que, debido a discordancia clínico-radiológica, se decide realizar laparoscopia exploradora para clarificar si se trata de una hernia o una eventración diafragmática.

Caso clínico: Varón de 52 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Acude a urgencias por clínica catarral con hallazgo incidental de probable hernia de Bochdalek en radiografía de tórax. No disnea, ni reflujo ni otra sintomatología asociada. Niega traumatismo previo. Se inicia estudio realizando las siguientes pruebas: En primer lugar, realizamos una gastroscopia que objetiva hernia de hiato por deslizamiento pequeño, con estómago en "J". El tránsito baritado descarta hernia de hiato paraesofágica. Decidimos realizar TC toracoabdominal que visualiza defecto de 16,5 cm en hemidiafragma izquierdo con herniación torácica del bazo, hilio esplénico, cola pancreática, estómago y colon, sugestivo de HB. Solicitamos finalmente, una RM que confirma la presencia de hernia diafragmática izquierda con ascenso torácico de vísceras abdominales. Incluso, se realiza estudio funcional en espiración, inspiración y respiración libre, objetivando movilidad diafragmática y descartando lesión frénica. Aun estando asintomático, se decide realizar laparoscopia exploradora, debido al gran tamaño de la hernia descrita y la posibilidad de complicaciones evolutivas. En ella, se objetiva elevación diafragmática izquierda, con músculo íntegro, descartando HB. Hallazgos compatibles con parálisis frénica idiopática. El paciente es dado de alta sin complicaciones posoperatorias.

Discusión: Las patologías diafragmáticas requieren un diagnóstico tanto clínico como por técnicas de imagen para evaluar correctamente la integridad muscular diferenciado hernia y eventración. Así como las hernias diafragmáticas deben corregirse para evitar complicaciones futuras las

eventraciones tienen difícil solución. Se han intentado suturas diafragmáticas, plicaturas, frenoplastias protésicas y gastropexias, con dudosos resultados, y solo, debe recurrirse a cirugía cuando tiene trastornos del vaciamiento gástrico o repercusión respiratoria importante. Existe la posibilidad de un error diagnóstico de las pruebas de imagen, como el presente caso, y requerir de la laparoscopia exploradora como una herramienta para el diagnóstico definitivo.