

Disnea progresiva como forma de presentación de una hernia de Bochdalek

M. Ruiz López, J.J. Fernández Duarte, T. Martín Beltrán y M. Ceballos Vacas

Centro de Salud Torre del Mar. Vélez-Málaga. Málaga.

INTRODUCCIÓN

La hernia diafragmática posterolateral de Bochdalek aparece habitualmente de forma congénita, en la infancia, con una incidencia de 1/4.000 nacidos vivos, predominando las del lado izquierdo en una proporción de 9:1. Sin embargo, en algunos casos se ha descrito en niños mayores y adultos tras traumatismo o cirugía abdominal, siendo raro que una hernia congénita no se manifieste clínicamente hasta la edad adulta.

Etiológicamente se debe a un defecto del desarrollo del diafragma, por el cual el conducto pleuroperitoneal permanece abierto al finalizar el desarrollo, lo que permite la comunicación toracoabdominal, que es lo que conocemos como hernia diafragmática posterolateral o de Bochdalek, ya que este autor la describió en 1848.

Presentamos un caso de este tipo de hernia en un adulto en el que se manifestó clínicamente como disnea.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente de 82 años de edad que acudió a la consulta de atención primaria por disnea progresiva de 2 a 3 semanas de evolución que no se acompañaba de otra clínica como tos, fiebre, aumento de expectoración, ortopnea o disnea paroxística nocturna. Tampoco presentaba dolor torácico ni abdominal, y no había náuseas ni vómitos. No tenía antecedentes de traumatismo ni cirugía previa.

Entre sus antecedentes personales aparecía una hemorragia digestiva hacía 5 años. En la exploración presentaba buen estado general, ligeramente taquipneico.

En la auscultación cardíaca se apreciaban tonos rítmicos y sin soplos, y en la auscultación pulmonar existía una disminución importante del murmullo vesicular en el tercio inferior del tórax en ambos campos pulmonares, con ruidos de borborismos en esta zona.

La exploración abdominal fue normal y en los miembros inferiores no aparecían edemas.

Los datos de las pruebas complementarias solicitadas, el hemograma, la bioquímica y la gasometría arterial se encontraban dentro de los límites de la normalidad.

En la radiología simple (figs. 1 y 2) aparecía una imagen de burbuja gástrica sin austras a nivel retrocardíaco, que ocu-

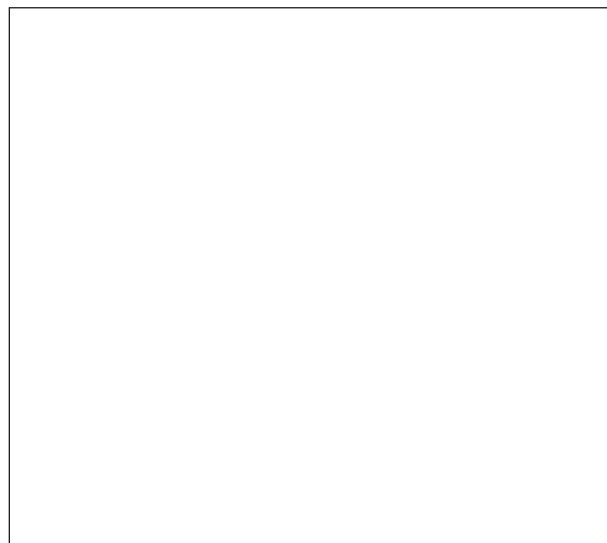


Figura 1. Radiología simple anteroposterior de tórax en la que se aprecia la extensión de burbuja de aire en la cavidad torácica.

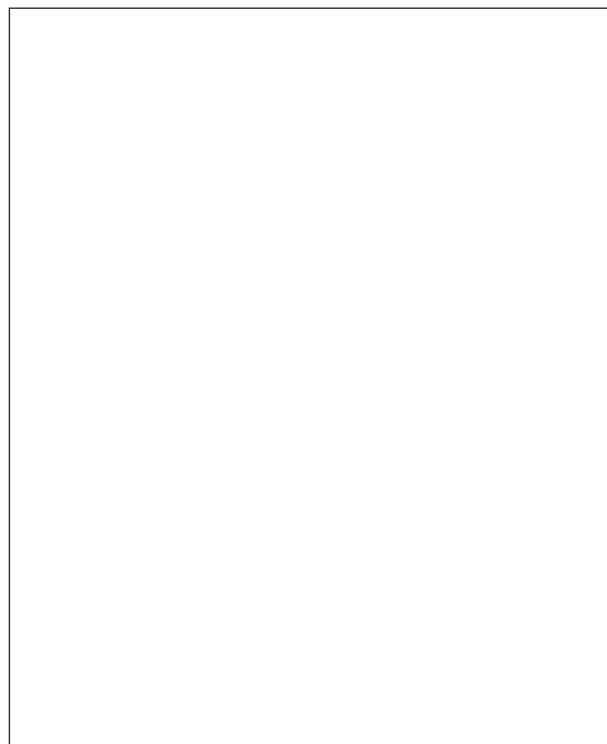


Figura 2. Se aprecia el paso posterior de la hernia a nivel diafragmático.

Correspondencia: Dr. M. Ruiz López.
Tejares, 16, 1.º. 29011 Vélez-Málaga. Málaga.

Tabla 1. Diagnóstico de la disnea en atención primaria

Antecedentes exploración	Instauración brusca, antecedentes de intervención o reposo, tromboflebitis, anticonceptivos, tabaco	Respiratoria Insturación lenta y progresiva, asma bronquial, tabaquismo, expectoración, periodos con exacerbación y mejorías	Cardíaca Instauración más rápida, antecedentes de valvulopatía, etilismo, HTA, soplos, arritmia, edemas, ↑ presión capilar pulmonar	Mecánica Enfermedades neuro-musculares, deformidades torácicas, cifoscoliosis, embarazo, hernias transdiafragmáticas	Psicógena Síndrome depresivo, neurosis por angustia, labilidad emocional. Más frecuente por las mañanas, suspiros que desaparecen al realizar alguna tarea	Hematológica Palidez extrema, antecedentes de hemorragias, patología digestiva. Disnea si hemoglobina < 7 g/dl		
Radiografía de tórax	Puede ser normal, requiere Dímero D y gammagrafía pulmonar	Signos de EPOC	Patrón intersticial	Cardiomegalia	No hay cardiomegalia	Diagnóstico en la mayoría de casos, no realizar si sospecha de embarazo	Normal	Normal
Pruebas funcionales respiratorias		Patrón obstructivo	Patrón restrictivo ↓ DLCO	ECG Ecocardiograma Prueba de esfuerzo	ECG Ecocardiograma	ECG Estudio de enfermedades asociadas	Normal	Hemograma, con perfil de anemias, B ₁₂ y ácido fólico. Pruebas encaminadas a detectar la etiología de las hemorragias
Gasometría	Hipoxemia, ↑ LDH y transaminasas	Hipoxemia, normohiper-capnia	Hipoxemia, normocapnia				Normal	
	Trombo-embolismo	EPOC	Neumopatía intersticial	Miocardopatía dilatada	Miocardopatía hipertrófica			
	Se acompaña habitualmente de taquipnea, expectoración hemoptócica y dolor torácico		Estudios específicos	Valvular Isquémico Hipertensivo Alcohólico Idiopático				

HTA: hipertensión arterial; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; ECG: electrocardiograma y DLCO: prueba de capacidad de difusión del monóxido de carbono.

paba aproximadamente el tercio inferior de ambos campos pulmonares. En la imagen lateral se observa cómo la imagen de gas atraviesa el diafragma por la cara posterior del mismo.

DISCUSIÓN

La hernia diafrágica congénita es un defecto relativamente común al nacimiento y afecta alrededor de unos 1.100 recién nacidos al año en Estados Unidos¹. En adultos, la mayoría de las hernias diafrágicas posteriores descritas son debidas a traumatismos previos o cirugía, y son poco frecuentes las congénitas que aparecen a esta edad²⁻⁴.

El conducto pleuroperitoneal es la comunicación existente entre las cavidades pleural y celómica durante el desarrollo embrionario del diafragma. Esta comunicación situada a nivel posterolateral es la última en cerrarse durante el desarrollo. El defecto en el cierre de dicha comunicación es lo que se conoce como hernia de Bochdalek, que ocurre más frecuente-

mente en el lado izquierdo del diafragma. En ocasiones asas intestinales o fundus gástrico pueden desplazarse al interior de dicha cavidad, lo que produce como consecuencia el colapso parcial del parénquima pulmonar al que desplaza⁵. Sin embargo, lo habitual en niños mayores y adultos es que predominen los síntomas digestivos sobre los respiratorios; así, el dolor abdominal aparece en casi la mitad de los casos y sólo a veces se acompaña de vómitos, disnea y dolor torácico, siendo rara la obstrucción, aunque también aparece descrita⁶.

En nuestro caso, el paciente, que no tenía antecedentes de traumatismo ni cirugía previa, desarrolló de forma progresiva una disnea, que es el síntoma guía en nuestro caso, como consecuencia de la compresión que sufría el parénquima pulmonar por la hernia.

Usando el síntoma "disnea" de nuestro caso, hemos querido hacer una revisión, a grandes rasgos, de la disnea en atención primaria.

La disnea, en general, aparece como una percepción (subjetiva) anormalmente desagradable de la respiración, con dificultad, esfuerzo o incomodidad para respirar. Sus causas pueden ser muy variadas^{7,8} (tabla 1):

1. De origen cardíaco por aumento de la presión capilar pulmonar, hipertensión auricular izquierda y, a veces, fatiga de los músculos respiratorios, antecedentes de soplos, estilismo, arritmias, edemas, valvulopatías. Instauración más rápida que la de origen pulmonar. En numerosas ocasiones de difícil distinción con el origen pulmonar.

2. De origen pulmonar. Es de instauración lenta y progresiva, con expectoración, períodos estacionarios y de exacerbación, estertores crepitantes y roncus.

– Enfermedad obstructiva de las vías aéreas, pudiendo ocurrir la obstrucción a cualquier altura del árbol bronquial.

– Enfermedades difusas del parénquima pulmonar (sarcoidosis, neumoconiosis, etc.).

– Causas vasculares, entre ellas la embolia pulmonar, antecedentes de intervenciones, reposo prolongado, tromboflebitis, etc.

3. Causas mecánicas como deformidades de la pared torácica o de los músculos respiratorios: cifoscoliosis, parálisis diafragmática, embarazo, hernias transdiafragmáticas, síndrome de Guillain-Barré, miastenia gravis.

4. Psicógena, normalmente de inicio matutino, con respiraciones profundas (suspiros) que desaparecen con la actividad, y en la cual la exploración es normal.

5. Otras causas como las hematológicas (con antecedentes de hemorragias o patologías digestivas que produzcan anemias), intoxicaciones por tóxicos, alteración hemodinámica.

La disnea es un motivo muy frecuente de consulta. Debemos estar atentos a las causas más comunes, pero también a las menos frecuentes y, en definitiva, remitir a los servicios de urgencias aquellos pacientes cuyo manejo no es conveniente realizar desde la consulta de atención primaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Langham MR Jr, Kays DW, Ledbetter DJ, Frentzen B, Sandford LL, Richards DS. Congenital diaphragmatic hernia. Epidemiology and outcome. *Clin Perinatol* 1996; 23: 671-688.
2. Jastaniah S, El-Tahir MI, Grillo IA, Batouk A, Al-Shehry MY, Softah A et al. Bochdalek hernia in adulthood: a case report and review of recent literature. *Indian J Chest Dis Allied Sci* 1998; 40: 281-285.
3. Sterk P, Gunter S. Bochdalek-Hernie im Erwachsenenalter: Fallbeschreibung und Übersicht. *Zentralbl Chir* 1998; 123: 1184-1187.
4. Naunheim KS. Adult presentation of unusual diaphragmatic hernias. *Chest Surg Clin North Am* 1998; 8: 295-314.
5. Guzzetta PC, Anderson KD, Altman RP, Newman KD, Eichelberger MR, Randolph JD. Cirugía pediátrica. En: Schwartz SI, editor. Principios de cirugía (5.ª ed.). McGraw Hill, 1991; 1509.
6. Carvajal JJ, Mallagray S, Peña L, Gómez P, Monterde G, Tello I. Hernia de Bochdalek del adulto con volvulación gástrica y secuestro extrapulmonar. *Arch Bronconeumol* 1995; 31: 287-289.
7. Gilsanz C, Muñoz A, Pato S, García J, Vera E, Otero R. Valoración clínica de la disnea. *Medicine* 1994; 6: 489-494.
8. Chansky ME. Disnea, hipoxia e hipercapnia. En: Cline D, editor. Manual de medicina de urgencias (4.ª ed.). McGraw Hill, 1998; 90-93.