

A. Luque  
C. Frau  
R. Cantó  
J.M. Rodríguez  
J. González  
J. Díaz  
E. Gimbert<sup>a</sup>  
A. Santos<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Hospital Santa Bárbara de Puertollano.  
<sup>b</sup>Pediatría Atención Primaria. Ciudad Real.

### Correspondencia:

Dr. A. Luque Mialdea.  
Hospital Santa Bárbara de Puertollano.  
Avda. Malagón, s/n.  
13500 Puertollano.  
Ciudad Real.  
Correo electrónico: aluque@inves.es

Fecha de recepción: 24/8/00

Aceptado para su publicación: 9/10/00

## Hernia diafragmática de Bochdalek durante la gestación. A propósito de un caso

### *Incarcerated foramen of Bochdalek hernia during pregnancy. A case report*

A. Luque, C. Frau, R. Cantó, J.M. Rodríguez, J. González, J. Díaz, E. Gimbert, A. Santos. Hernia diafragmática de Bochdalek durante la gestación. A propósito de un caso. *Prog Obstet Ginecol* 2001;44:39-41.

## INTRODUCCIÓN

La hernia diafragmática a través del orificio de Bochdalek sintomática durante el embarazo es una rara pero potencialmente peligrosa dolencia. Se describe el caso de una paciente de 26 años de edad, primigesta que tras parto eutócico presentó crisis de herniación de intestino delgado y colon derecho a través del foramen de Bochdalek.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 26 años de edad primigesta, con antecedentes de herniorrafia inguinal intervenida en la infancia, ingresa en nuestro hospital por dinámica de parto en gestación de 39 semanas.

Como antecedentes destacan dos ingresos previos, uno a la semana 12 por hiperemesis gravídica y otro a las 24 semanas de gestación por cólico nefrítico y gestación.

En el último ingreso se realizó ecografía abdominal y estudio digestivo, que fueron normales.

En el momento de su ingreso presentaba un crecimiento intrauterino retardado con biometría fetal correspondiente a diámetro biparietal 37 semanas el CA 32-33 semanas y 35 semanas la longitud del fémur. Existía un oligoamnios y placenta con calcificaciones irregulares grado III.

Parto eutócico con feto varón, Apgar 9-10 y 2.570 g de peso.

En el posparto inmediato se produjo hemorragia por placenta subcenturiada con cotiledón accesorio retenido íntegro, que provocó grave hemorragia con cuadro de coagulación intravascular diseminada, que precisó para su control histerectomía obstétrica de urgencia con posterior traslado a la unidad de cuidados intensivos; a las 10 h del parto se apreció un gran distress respiratorio con diagnóstico radiológico y ecográfico de hernia diafragmática de Bochdalek, por lo que se practicó intervención quirúrgica correctora, observándose herniación del intestino delgado y colon derecho a través del foramen de Bochdalek, así como malrotación intestinal y pulmón izquierdo hipoplásico.

Reintervenida para su corrección, la paciente fue dada de alta tras un postoperatorio normal.

## 40 DISCUSIÓN

Históricamente, la primera descripción de la hernia diafragmática aparece en 1575. En 1848 Bochdalek describe la hernia diafragmática congénita a través del orificio posterolateral del diafragma<sup>1</sup>.

La hernia congénita de Bochdalek consiste en un defecto de la cara posterolateral del diafragma, conducto pleuroperitoneal o foramen de Bochdalek, y es la hernia más frecuente en lactantes y recién nacidos<sup>2</sup>.

Desde el punto de vista anatomopatológico, este tipo de hernia aparece como resultado de la fusión incompleta de los pliegues pleuroperitoneales durante el primer trimestre de la gestación.

Dado que los pliegues pleuroperitoneales consisten en pleura membranosa y peritoneal entre los que crecen posteriormente fibras musculares provenientes de los miostomas cervicales, según la falta de fusión sea tardía o inicial, la hernia de Bochdalek puede presentar saco herniario o no, aunque lo más frecuente es que no exista saco herniario.

Generalmente, se acompaña de hipoplasia pulmonar del lado afectado, dada la permanencia de las vísceras en la cavidad torácica durante el desarrollo embrionario, siendo común la inmadurez de los pulmones con datos de cortocircuitos, ventilación alveolar inadecuada e hipertensión de la arteria pulmonar, con cortocircuito de derecha a izquierda a través del agujero oval y conducto arterioso permeable, así como hipertensión pulmonar<sup>3</sup>.

Suelen existir, como en nuestro caso, anomalías concomitantes de la rotación y fijación gastrointestinal, tal vez acompañadas de bandas peritoneales que afecten a la permeabilidad intestinal o predispongan al vólvulo con disminución de saturación de oxígeno.

El diagnóstico se realiza, de forma habitual, inmediatamente al nacimiento o en edades muy tempranas, siendo una rareza que se llegue a la madurez sin un diagnóstico de la misma.

Como signos precoces de diagnóstico, Toorians et al describen la hiperemesis en los primeros meses de la gestación, así como dolor abdominal y náuseas<sup>4,5</sup>, completándose el diagnóstico mediante ecografía, radiología o tomografía computarizada y esofagogastrografía.

El cuadro clínico en el adulto es el de una urgencia respiratoria aguda, con grave distrés respira-

torio que necesita un tratamiento quirúrgico inmediato, a pesar de lo cual se describen hasta el 50% de muertes en los casos publicados en la bibliografía<sup>6,7</sup>.

El diagnóstico se completa con radiografía de tórax, siendo visibles signos de burbujas aéreas correspondientes a asas intestinales o colon, así como estructuras sólidas en el interior del tórax completándose con ecografía o TC.

En la bibliografía se describen sólo 6 casos de hernia diafragmática que hayan complicado la gestación de los 17 casos publicados en lengua inglesa, lo que da una idea de la rareza del cuadro<sup>7</sup>.

En los casos de diagnóstico del proceso en fase asintomático se aconseja la práctica de cirugía electiva durante el primer o segundo trimestre, y si el diagnóstico se realiza durante el tercer trimestre se aconseja la reparación, siempre y cuando sea asintomática, en el mismo momento de una cesárea electiva<sup>7</sup>.

La dinámica uterina debe ser impedida, ya que el aumento de la presión intraabdominal que se produce puede favorecer la herniación, aconsejándose finalizar la gestación con cesárea en todos los casos posibles; en el supuesto caso de una paciente que ingrese en expulsivo, debe aplicarse fórceps, con corrección posterior del defecto<sup>6</sup>.

Podemos establecer las siguientes conclusiones:

1. La herniación de Bochdalek que complique el embarazo es un cuadro clínico muy poco frecuente, pero de una gran gravedad, que puede poner en peligro la vida de la madre en la mitad de los casos.
2. El diagnóstico en fase asintomática es difícil, debiendo ser descartado en toda paciente con hiperemesis y dolor en el epigastrio.
3. La ecografía puede ser de muy valiosa ayuda por su inocuidad durante la gestación para su diagnóstico en este tipo de pacientes.
4. El tratamiento en fase asintomática es el de la cirugía electiva en el primer o segundo trimestre, aconsejándose finalizar la gestación con cesárea electiva.
5. En el tercer trimestre y en fase asintomática, debe esperarse a una cesárea electiva para su corrección, inhibiendo toda dinámica uterina.
6. En el caso de crisis aguda de herniación, sólo la cirugía urgente puede salvar la vida de las pacientes.

7. La importancia de la presente comunicación radica en considerar este tipo de hernia como una entidad poco frecuente, que produce grave sintomatología con riesgo de muerte mater-

na, con gran dificultad en el diagnóstico e importantes implicaciones legales que pueden comportar al equipo obstétrico que atiende a la paciente.

41

---

### BIBLIOGRAFÍA

1. Puri P, Wester T. Historical aspects of congenital diaphragmatic hernia. *Pediatr Surg Int* 1997; 12: 95-100.
2. Schwartz, Shires, Spencer, Storer. Principios de cirugía. Tomo II (4.ª ed.). McGraw Hill; 1083-1085.
3. Olivet RT, Rupp WM, Telander RL, Kaye MP. Hemodynamics of congenital diaphragmatic hernia in lambs. *J Pediatr Surg* 1978; 13: 231-235.
4. Toorians AW, Drost-Driessen MA, Snellen JP, Smeets RW. Acute hernia of Bochdalek during pregnancy. Hiperemesis for the first time in a third pregnancy? *Acta Obstet Gynecol Scand* 1992; 71: 547-549.
5. Fuyita Y, Hirono T, Yamato Y, Okawa A, Eguchi S. A case of congenital diaphragmatic hernia due to left central tendon defect in pregnancy. *Nippon Kyobu Geka Gakkai Zasshi* 1989; 37: 1426-1429.
6. Dumony M. Diaphragmatic hernia and pregnancy. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1990; 19: 395-399.
7. Kurzel RB, Naunheim KS, Schwartz RA. Repair of symptomatic diaphragmatic hernia during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1988; 71: 869-871.