

CASO CLÍNICO

CUADRO DE INICIO BRUSCO DE DOLOR ABDOMINAL, VÓMITOS JUNTO CON PALIDEZ Y SUDACIÓN EN UN NIÑO DE 10 AÑOS

C. L. Marrero Pérez, A. Callejón Callejón, C. Oliva Hernández, D. Soriano Benítez de Lugo ¹, M^a T. Belda García ², R.G. Suárez López de Vergara ³, R. Duque Fernández.

Unidad de Neumología Pediátrica, Servicio de Cirugía Pediátrica ¹. Departamento de Pediatría del Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Centros de Salud de Güimar ² y Finca España ³. Tenerife

RESUMEN

La hernia diafragmática de Bochdalek es la hernia diafragmática congénita más frecuente, ocurre cuando se hernia el contenido abdominal por el segmento posterolateral del diafragma. El diagnóstico de una hernia de Bochdalek suele realizarse durante el período prenatal o neonatal.

En un 40-50 % de los casos se asocian malformaciones congénitas como son: defectos cardíacos (conducto arterioso permeable, tetralogía de Fallot) e hipoplasia pulmonar ipsocontralateral y/o secuestro pulmonar, por disminución del desarrollo debido a la ocupación por vísceras abdominales.

Es importante considerar este diagnóstico en aquellos niños que presentan clínica respiratoria o gastrointestinal crónica inespecífica.

Palabras Clave: Hernia diafragmática congénita. Hernia diafragmática de Bochdalek. Malformación pulmonar.

ABRUPT BEGINNING OF ABDOMINAL PAIN, VOMITS ALONG WITH PALENESS AND SWEAT IN A BOY OF 10 YEARS OLD

SUMMARY

The Bochdalek hernia, the most common congenital diaphragmatic hernia, occurs when abdominal contents herniate through the

posterolateral segment of the diaphragm. Diagnosis of Bochdalek hernia is usually presents during prenatal or neonatal period.

In a 40-50 percent of cases, congenital malformation such as: heart defects (persistency of arteriosus duct, tetralogy of Fallot) and ipsocontralateral lung hypoplasia and/or pulmonary sequestrum, due to decrease in its development due to abdominal visceral occupation.

It is important this diagnosis was considered in those children with respiratory and gastrointestinal chronic and unspecific symptoms.

Key Words: Congenital diaphragmatic hernia. Bochdalek's diaphragmatic hernia. Pulmonary malformation.

BSCP Can Ped 2005; 29 (1): 83-86

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Varón, con antecedentes personales de prematuridad (gestación de 32 semanas), de peso adecuado para la edad gestacional (2000 g). Apgar 5/7. Ingresó en la Unidad de neonatología inicialmente siendo dado de alta asintomático, con los siguientes diagnósticos: sospecha de sepsis neonatal precoz y distress respiratorio transitorio del recién nacido.

A los 10 meses de vida tuvo una bronquitis obstructiva que requirió ingreso. A partir de entonces presenta bronquitis disneizantes de repetición que persisten hasta los 5 años.

A los 9 años de edad presenta 3 cuadros neumónicos localizados siempre a nivel del lóbulo inferior izquierdo, todos ellos de evolución tórpida, motivo

Correspondencia:

Alicia Callejón Callejón
Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Departamento de Pediatría. Unidad de Neumología Pediátrica
Carretera de El Rosario, s/n
38010 Santa Cruz de Tenerife
e-mail: aliciacallejon@hotmail.com

por el cual se le realiza lobectomía detectándose bronquiectasias a dicho nivel en el estudio anatomopatológico.

Cuando el niño tiene 10 ^{8/10} años presenta un cuadro de inicio súbito consistente en dolor abdominal y vómitos acompañados de palidez intensa y sudación, motivo por el cual acuden al servicio de urgencias. En la exploración física destaca únicamente hipoventilación marcada en campos medio e inferior de hemitórax izquierdo, siendo el resto de la exploración física rigurosamente normal. Se le realizó una radiografía de tórax (Figura 1) que mostraba imágenes quísticas correspondientes a asas intestinales en hemitórax izquierdo y borramiento de la línea diafrágica ipsolateral, compatible con hernia de Bochdalek. Mediante abordaje subcostal izquierdo del abdomen se practicó la reducción del defecto herniario.

DISCUSIÓN

La hernia diafrágica consiste en un defecto congénito, una anomalía que aparece antes del nacimiento. Se trata en un orificio en el diafragma. (Figuras 2 y 3) En este tipo de defecto congénito, algunos de los órganos localizados en el abdomen se

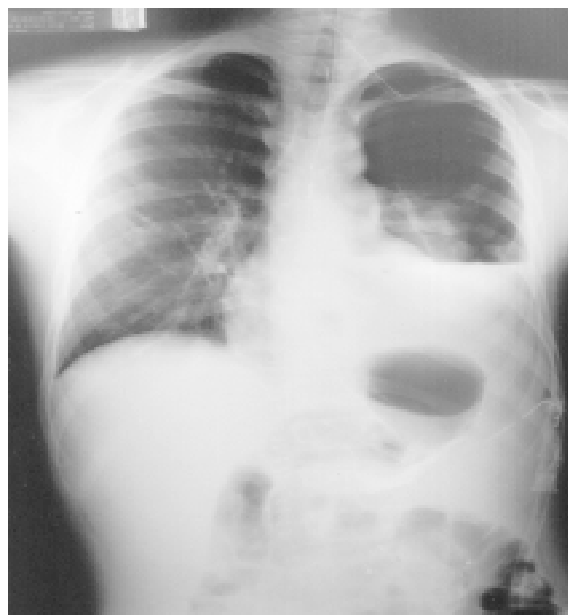


Figura 1. RX torax PA con imágenes quísticas en hemitórax izquierdo.

desplazan hacia la cavidad torácica a través del orificio herniario. Su incidencia oscila entre 1/5.000 recién nacidos vivos a 1/2.000 si se incluyen los recién nacidos muertos.

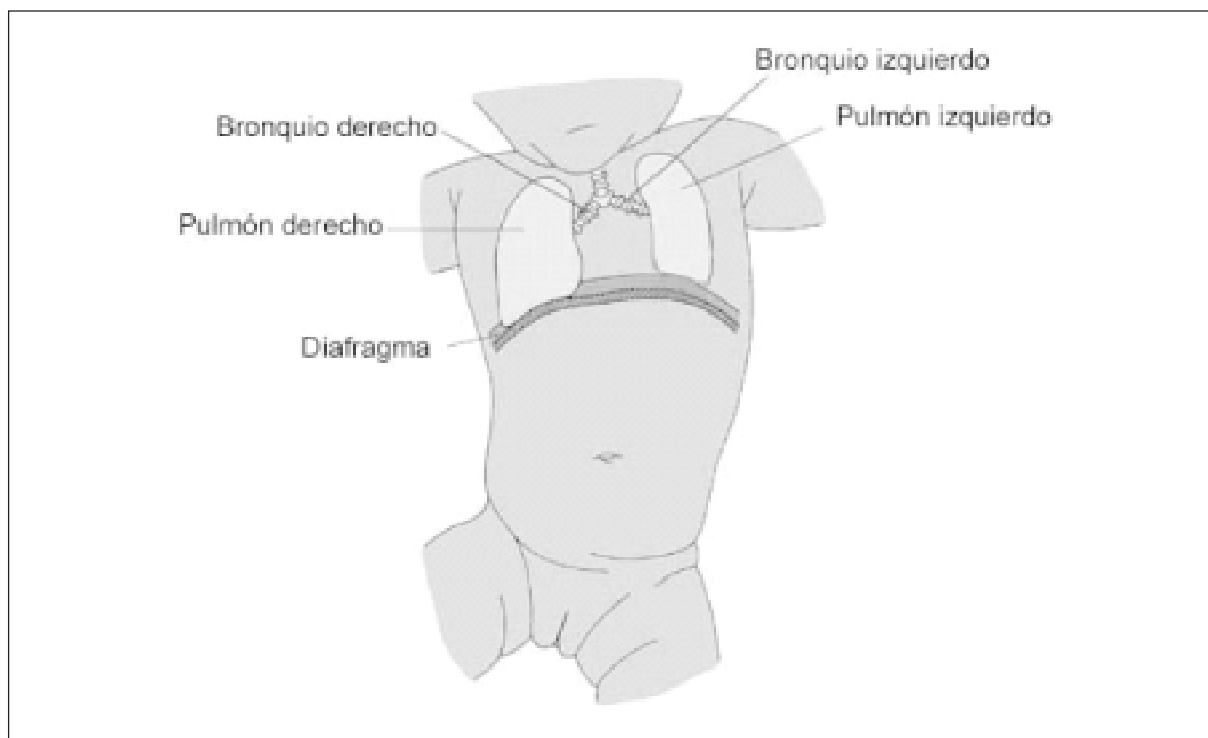


Figura 2. Cavidad normal del torax.

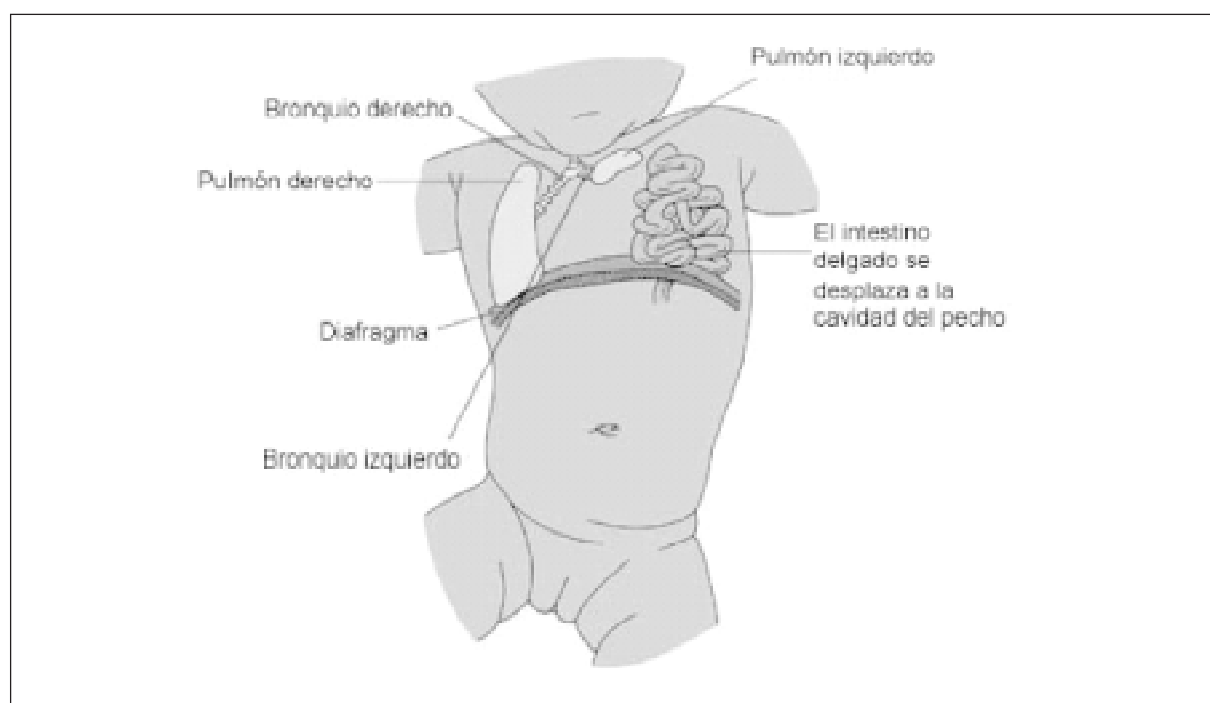


Figura 3. Hernia Diafragmática Congénita.

Existen dos tipos de hernia diafragmática:

- **La hernia de Bochdalek:** El defecto herniario se sitúa sobre el lado izquierdo del diafragma. Generalmente, el estómago y las asas intestinales se desplazan y ascienden hacia la cavidad torácica
- **La hernia de Morgagni:** Este tipo de hernia consiste, en cambio, el defecto se localiza sobre el lado derecho del diafragma. Generalmente, el hígado y las asas intestinales se desplazan y ascienden hacia la cavidad torácica.

El defecto más frecuente se localiza a nivel del lado izquierdo o posterolateral (70-85 %), siendo en ocasiones (5 %) bilateral.

El mecanismo por cual aparece una hernia diafragmática posterolateral se atribuye a la ausencia del cierre de los canales pleuroperitoneales que se produce en la octava semana de gestación.

Las hernias de Bochdalek (HB), generalmente se manifiestan, de forma típica, después del nacimiento, sin embargo, existe un 5 % de retrasos diagnósticos, incluso en presencia de otras malformaciones asociadas¹. La hernia diafragmática posterolateral o de Bochdalek es la de mayor significación patoló-

gica. Su incidencia es de 1/2.500–5.000 recién nacidos vivos. La incidencia de HB fuera del período neonatal oscila entre el 5 % y el 25 %, aunque la mayoría se mantienen asintomáticas, por lo que su frecuencia real es desconocida. En estos pacientes la hipoplasia pulmonar es leve, ya que los órganos abdominales no emigran hacia el tórax, a través del defecto herniario hasta después del primer trimestre de la gestación, el desarrollo pulmonar puede producirse de modo relativamente normal.

La clínica varía según la edad de presentación² consistiendo en dolor abdominal recidivante, vómitos, síntomas respiratorios persistentes en aproximadamente el 20 % de los escolares.

El diagnóstico se realiza mediante la clínica, la auscultación cardiopulmonar y las pruebas de imagen, fundamentalmente la radiografía postero-anterior y lateral de tórax^{3,4}.

Las entidades a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial incluyen las siguientes: agenesia del hemidiafragma, eventración diafragmática, malformación adenomatoidea quística, enfisema lobar congénito, neumonías del lóbulo inferior, pleuritis o tuberculosis pulmonar.

La supervivencia es significativamente más alta en los niños diagnosticados en el período neonatal que en el prenatal; la mortalidad temprana asciende al 50% por la asociación con hipoplasia e hipertensión pulmonar. Cuanto más precoz sea el diagnóstico más alta es la tasa de mortalidad, aunque la presentación tardía en niños puede causar muerte súbita^{5 y 6}.

Como conclusión, hacer hincapié en lo difícil que resulta el diagnóstico de una hernia diafragmática de debut tardío, debiendo tener en cuenta esta entidad en aquellos escolares que presenten síntomas respiratorios o digestivos crónicos e inespecíficos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Berman L, Stringer DA, Ein S, Shandling B. The late-presenting pediatric Bochdalek hernia: a 20-year review. *J Pediatr Surg* 1998; 23: 735-9.
2. Betremieux P, Dabadie A, Chpuis M, Pladys P, Trèguier C, Frèmond B et al. Late presenting Bochdalek hernia containing colon: misdiagnosis risk. *Eur J Pediatr Surg* 1985; 5: 113-5.
3. Drahovsky P, Dankovcik J, Bodnarova A, Drahovska I, Sabovcik RI. Congenital diaphragmatic hernia manifesting after the neonatal period. *Rozhl Chir* 1999; 78(3): 123-6.
4. Quah BS, Hashim I, Simpson H. Bochdalek diaphragmatic hernia presenting with acute gastric dilatation. *J Pediatr Surg* 1999; 34(3): 512-4.
5. Vázquez Rueda F, Ocaña Losa JM, Olías Gutiérrez-Barea JJ, Pérez de Sobrino R, Pizarro de Celis FJ, Castillo Bernabeu R. Hernia de Bochdalek de presentación tardía asociada a enfermedad de Hirschsprung. *An Esp Pediatr* 2000; 52: 470-2.
6. Fernández Sánchez A, Barrios Gómez de Agüero. Malformaciones congénitas de la pared torácica y del diafragma. En: Cobos N, Pérez-Yarza EG, editors. *Tratado de Neumología Infantil*. Madrid: Ergón, 2003; p.243-57.