

# Caso radiológico de desafío diagnóstico

**Dres. Carlos Conejeros V<sup>1</sup>, Alfonso Peirano B<sup>2</sup>, Carlos Toledo R<sup>2</sup>, Julio Yévenes S<sup>3</sup>.**

1. Médico Residente de Radiología, Universidad de Concepción - Hospital Regional de Concepción. Concepción - Chile.
2. Médico Radiólogo, Hospital Regional de Concepción. Concepción - Chile. [alfpeirano@hotmail.com](mailto:alfpeirano@hotmail.com)
3. Médico Cirujano Infantil, Hospital Regional de Concepción. Concepción - Chile.

## Historia Clínica

Lactante menor consulta en el hospital por cuadro respiratorio leve. Se realiza radiografía de tórax AP y lateral que no muestra alteraciones significativas (Figura 1a, 1b).

Posteriormente, a la edad de 3 meses, consulta por cuadro caracterizado por importante dificultad respiratoria de aparición súbita. Se realiza nuevamente una radiografía de tórax AP y lateral (Figura 2a, 2b).

**¿Cuál es su diagnóstico?**



**Figura 1a.**



**Figura 1b.**



**Figura 2a.**



**Figura 2b.**

## Resultado caso radiológico de desafío diagnóstico

Dres. Carlos Conejeros V<sup>1</sup>, Alfonso Peirano B<sup>2</sup>, Carlos Toledo R<sup>2</sup>, Julio Yévenes S<sup>3</sup>.

1. Médico Residente de Radiología, Universidad de Concepción - Hospital Regional de Concepción. Concepción - Chile.
2. Médico Radiólogo, Hospital Regional de Concepción. Concepción - Chile.
3. Médico Cirujano Infantil, Hospital Regional de Concepción. Concepción - Chile.

### Diagnóstico

Hernia diafragmática congénita poste-rolateral de aparición tardía.

La primera radiografía (Figura 1a, 1b) no muestran alteraciones significativas.

Las segunda radiografía (Figura 2a, 2b) muestra una interrupción del hemidiafragma izquierdo asociada a ascenso de víscera hueca al tórax (Figura 2a, 2b)



**Figura 1a, 1b.** Radiografía de tórax en proyecciones AP y lateral sin alteraciones significativas.

**Figura 2a, 2b.** En radiografía de tórax en proyecciones AP y lateral se observa interrupción del hemidiafragma izquierdo asociada a ascenso de víscera hueca hacia el tórax.

Se somete a cirugía cuyo protocolo determina presencia de defecto diafragmático herniario izquierdo posterior con intestino delgado, colon, estómago y bazo, además de malrotación incompleta, sin isquemia visceral. Se reduce contenido herniado del tórax a la cavidad abdominal. Se realiza reparación de defecto diafragmático. El paciente evoluciona sin complicaciones.

### Discusión

La hernia diafragmática congénita (HDC) es un defecto anatómico que se puede clasificar según la ubicación del defecto. Cerca del 90% de las veces ésta es posterolateral (Hernia de Bochdalek), mientras que las restantes corresponden a un defecto paraesternal de la porción central del diafragma (Hernia de Morgagni). La hernia diafragmática posterolateral fue descrita primeramente por Ambroise Paré en 1575, mientras que Bochdalek, en 1848, describió la embriología de esta malformación<sup>1</sup>. Ésta es producto de una alteración congénita que ocurre entre la octava y la décima semanas de vida fetal y se origina por falta de cierre de los elementos lumbares del espacio pleuroparietal durante el desarrollo del músculo del diafragma<sup>2</sup>. Este defecto de cierre se asienta de manera posterolateral en el diafragma, en el lado izquierdo en el 80% de los casos descritos. Su incidencia es aproximadamente 1 por cada 2.200 a 2.400 nacidos vivos, con una mortalidad que varía entre un 40 a un 80%<sup>3</sup>.

El diagnóstico de HDC puede establecerse prenatalmente por ultrasonido en menos del 50% de los casos<sup>3</sup>. Los diagnósticos más precoces se han hecho a las 15-16 semanas de gestación<sup>4</sup>. Sin embargo, no es frecuente considerarla como diagnóstico después del período neonatal. Su

presentación tardía puede generar errores diagnósticos y la demora en su detección aumenta la morbimortalidad de estos pacientes<sup>5,6</sup>.

En cuanto a los órganos que pasan al tórax, el que más frecuentemente pasa es el estómago seguido del colon, bazo, intestino delgado y uréter<sup>7</sup>. Son 5 veces más frecuentes en el lado izquierdo (70-90%) que en el derecho, ya que este lado está protegido por la presencia del hígado.

Los estudios radiológicos (la radiología simple, la ecografía, el tránsito baritado esofagogástrico, la tomografía computarizada y la resonancia magnética) permiten el diagnóstico preoperatorio preciso de la hernia de Bochdalek<sup>2</sup>.

### Bibliografía

1. Ibáñez-Fuentes JR, Nieto-Ocampo AE, Bermúdez-Jiménez A, Olivares-Aguirre A. Hernia de Bochdalek en el adulto. *Gac Med Mex* 2003; 139: 69-72.
2. Rangel-Becerra WA, Villegas-Malpica NJ. Defecto posterolateral diafragmático de Bochdalek. Un caso de hernia congénita complicada en adulto. *Rev Esp Méd Quir* 2012; 17(1): 60-63.
3. Álvarez A, Bravo F, Bello C, Baier R. (2004). Hernia diafragmática congénita: Reporte de un caso de presentación tardía. *Rev Chil Pediatr* 2004; 75(4): 362-366.
4. Benacerraf BR, Adzick NS: Fetal diaphragmatic hernia: ultrasound diagnosis and clinical outcome in 19 cases. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 156: 573-576.
5. O'Neil CP, Mabrouk R, McCallion WA. Late presentation of congenital diaphragmatic hernia. *Arch Dis Child* 2002; 86: 395.
6. Carlucci A, Bianchi A, Pace F, De Cesaris V, Cupaioli M, Lelli Chiesa P. Delayed presentation of congenital diaphragmatic Bochdalek's hernia. Case report. *Minerva Pediatr* 2003; 55(3): 283-288.
7. Steenbuis LH, Tjon A Tham RT, Smeenk FW. Bochdalek hernia; a rare case of pleural empyema. *Eur Respir J*. 1994; 7(1): 204-206.

Conejeros C, et al. Hernia diafragmática congénita posterolateral de aparición tardía. *Rev Chil Radiol* 2017; 23(1): 34-35.

Correspondencia: Alfonso Peirano / [alfpeirano@hotmail.com](mailto:alfpeirano@hotmail.com)

Trabajo recepcionado el 19 de abril de 2016. Aceptado para publicación el 01 de marzo de 2017.