

Hernia de Bochdalek asociada a un tumor del diafragma izquierdo

Bochdalek hernia associated to tumor of the left diaphragm

Diego H. Pardo MD*, Daniel José Jaller MD*, Luis Fernando Rueda MD*.

Las hernias diafragmáticas congénitas se pueden dividir en los defectos postero laterales, las hernias anteriores o retroesternales, los defectos del septum transversum, y las hernias hiatales.

De las hernias congénitas la más frecuente es la hernia de Bochdalek, que es un defecto posterolateral que 80% de los casos ocurre del lado izquierdo y solo tiene saco herniario en un 10% de los pacientes.

Los tumores diafragmáticos son extremadamente exóticos, y respecto de los sarcomas que son los más comunes tiene un predominio en el género femenino en la segunda década de la vida.

Se presenta el caso de una paciente de 17 años de edad previamente sana, quien ingresa por presentar de dolor torácico izquierdo de 10 días de evolución, intensidad progresiva, no irradiado y que se asocia posteriormente a disnea y en las últimas 48 horas a vómito persistente.

La paciente es estudiada inicialmente con una radiografía que muestra una imagen de nivel hidroaéreo en el hemitórax izquierdo, con desplazamiento contralateral de las estructuras mediastinales.

Se coloca una sonda nasogástrica y se administra sulfato de bario, evidenciándose la presencia del fondo gástrico intratorácico.

Se realiza entonces una tomografía de tórax la cual muestra una atelectasia pulmonar total izquierda, desplazamiento de las estructuras del mediastino al lado derecho, la cámara gástrica se evidencia dentro del tórax con gran dilatación y ausencia de tránsito distal del medio oral y la presencia de una gran masa que ocupa la cavidad torácica izquierda y desplaza el corazón y el parénquima izquierdo hacia el lado derecho.

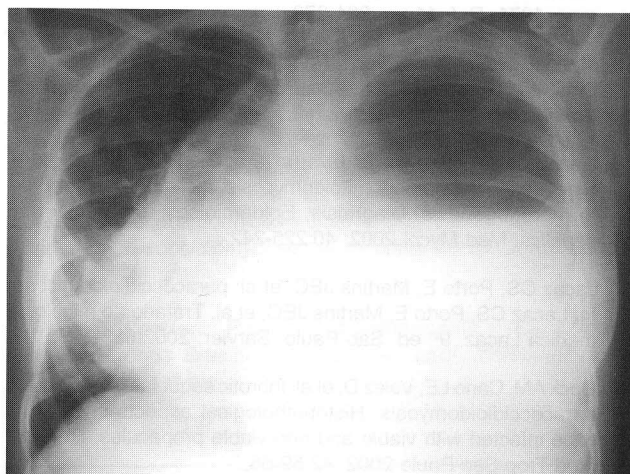


Figura 1. Radiografía inicial en la que se ve nivel hidroaéreo con desplazamiento contralateral del cardiomediatino.

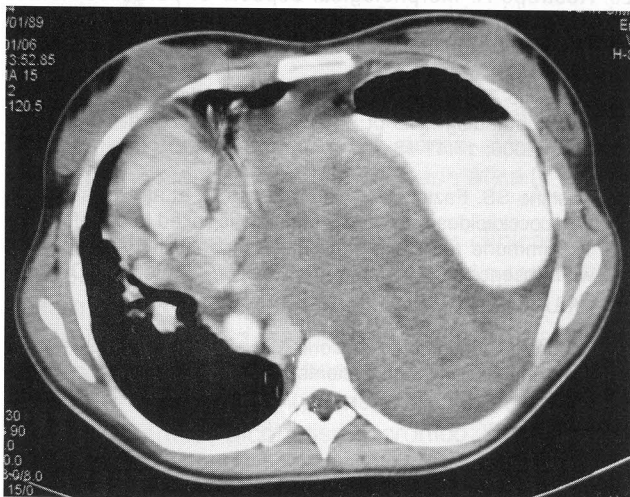


Figura 2. Tomografía de Tórax en la que se evidencia atelectasia pulmonar total y gran masa mediastinal posterior y la cámara gástrica ubicada en el tórax.

* Fellow de Cirugía del Tórax, Universidad El Bosque.

Se realiza diagnóstico de una hernia diafragmática congénita y una masa mediastinal posterior, y se lleva a cirugía donde se realiza una toracotomía posterolateral izquierda con resección del 6 arco costal, encontrándose una gran masa que ocupa la totalidad de la cavidad pleural izquierda, y comprime el parénquima pulmonar sin infiltrarlo. La masa es lobulada, dura y depende del borde posterior de la *pars esternalis* del diafragma izquierdo de donde proviene un pedículo arteriovenoso para la masa. Delante de la masa se encuentra la cámara gástrica que está libre en la cavidad pleural y se evidencia un saco herniario roto dependiente del diafragma y anterior a la masa.

Se realiza una resección oncológica completa de la masa y reparo del defecto posterolateral del diafragma con cierre primario y se coloca un refuerzo con malla de Prolene.



Figura 3. Imagen de un segmento de la pieza quirúrgica en el tórax al momento de la resección.



Figura 4. Totalidad de la pieza quirúrgica resecada, con un peso de 4 Kg. Se logra expansión pulmonar completa, se dejan drenajes pleurales y se traslada a manejo en cuidados intensivos, con evolución satisfactoria con retiro de drenes en el quinto día postoperatorio, y se da de alta en el séptimo día, con adecuado control del dolor y control imagenológico normal.



Figuras 5 y 6. Resultado final del reparo en el diafragma y control imagenológico posterior al retiro de toracostomías.

CONCLUSIÓN

Se encontró una asociación poco frecuente de un defecto diafragmático posterior y lateral izquierdo en una niña de 17 años y un gran tumor diafragmático, que cursó con un cuadro clínico agudo probablemente secundario a la ruptura del saco herniario que generó un cuadro obstructivo alto y motivó la consulta y la cirugía.

Clásicamente la hernia de Bochdalek se conoce como una urgencia quirúrgica pediátrica derivada del compromiso respiratorio y su asociación con hipoplasia pulmonar e hipertensión pulmonar. Sin embargo la sintomatología de estos pacientes varía según el tamaño del defecto, es así que se pueden encontrar pacien-

tes adultos con pequeños defectos posterolaterales izquierdos con sacos herniarios pequeños como hallazgo ocasional imagenológico.

De otro lado los tumores diafragmáticos son lesiones raras y es más frecuente encontrar compromiso tumoral del diafragma por extensión de neoplasias pulmonares, pleurales abdominales.

No existe un predominio en cuanto a cuál de los dos lados es el que más frecuentemente se compromete, y según Olafsson la relación H:M es de 1:1.

El diagnóstico es difícil de establecer debido a que 20% de los pacientes son asintomáticos y los síntomas cuando están presentes son vagos.

En algunas series predominan los tumores benignos, dentro de los cuales se cuentan quistes broncogénicos, mesoteliales y teratomas quísticos.

De los tumores malignos predominan los fibrosarcomas, aunque también hay reportes de sarcomas sinoviales y otros tumores mesenquimales.

Según una reciente publicación el enfoque diagnóstico de los tumores diafragmáticos en niños tiene una tendencia conservadora con biopsias percutáneas y el

manejo con quimioterapia y radioterapia, por el gran tamaño que alcanzan las masas y por los malos resultados de la citorreducción.

Sin embargo creemos que a pesar de que este caso tuvo una indicación quirúrgica urgente derivada de la hernia diafragmática, y que efectivamente el tamaño de la masa era importante, los pacientes con masas diafragmáticas deben ser abordados quirúrgicamente y definir en este terreno la reseabilidad de las lesiones malignas y la respuesta de los fibrosarcomas a la quimioterapia y la radioterapia es mala sin contar con la morbilidad agregada por el área de superficie afectada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Raney, RB. MD, Anderson, JR. Ph.D, Andrassy, RJ. MD.; Crist, WM. MD, Donaldson, SS. MD.; Maurer, HM. MD. Soft-Tissue Sarcomas of the Diaphragm: A Report from the Intergroup Rhabdomyosarcoma Study Group from 1972 to 1997. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology* 2000; 22(6):510-514.
2. Flores RM, Su W, Lal D, Rusch VW, La Quaglia MP. Extrapleural pneumonectomy in children. *Thoracic Service, Department of Surgery, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, NY10021,USA J Pediatr Surg.* 2006; 41(10): 1738-42.