



## HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA IZQUIERDA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Martínez García M, Nebot Navarro A, Martín Pérez JA, López Silvestre MF, Ortega Suárez D, García Castejón MM, Jódar Pérez MA, Marín Sánchez MP

### INTRODUCCIÓN

La hernia diafragmática congénita (HDC) se localiza más frecuentemente en la región posterolateral izquierda (hernia de Bochdaleck). Afecta a 1 de cada 2500-4000 recién nacidos vivos, con mayor frecuencia en mujeres (2:1) y conlleva una importante mortalidad (20-30%) y morbilidad a largo plazo. La localización más frecuente de la hernia diafragmática congénita (HDC) es posterolateral izquierda (87%), también conocida como Hernia de Bochdaleck, siendo más infrecuente la localización en el lado derecho (11%) y bastante rara la presentación bilateral (2%). La etiología de la HDC es multifactorial, habiéndose implicado factores medioambientales y genéticos. Clásicamente se ha asumido que el defecto muscular era resultado del fallo de la unión de la membrana pleuroperitoneal durante el desarrollo embrionario (8-10 semanas de gestación) condicionando el ascenso de las vísceras abdominales hacia el tórax.

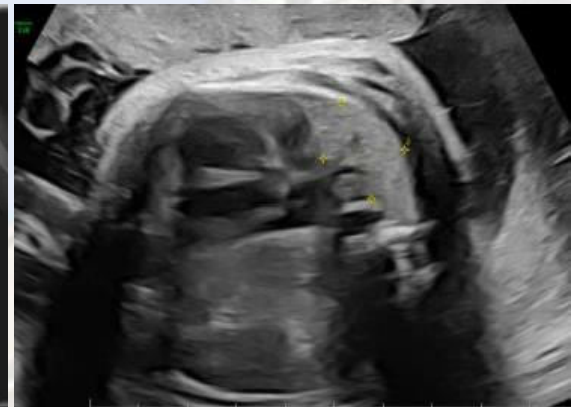
### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Gestante de 35+3 semanas que es derivada desde el HULAMM. En ECO obstétrica: Se observa paquete intestinal de 50mm herniado en hemitórax izquierdo con desplazamiento mediastínico. No se observa herniación hepática y presenta índices pulmonares de pronóstico intermedio (o/e LHR 27%, LHR 1.28). Se realiza biometría con PFE de 2688g (p66).

En semana 38, finaliza en cesárea urgente por riesgo de pérdida de bienestar fetal tras preinducción con Dinoprostona por RPM a término.

El recién nacido precisa de intubación al nacimiento y conexión al ingreso a ventilación mecánica convencional. Se realiza cirugía a las 48h de vida: toracoscopia izquierda, constatando herniación aislada de asas y realizando cierre con sutura y colocación de tubo de drenaje pleural.

Posteriormente, presentó episodio de shock cardiogénico secundario a HTP grave, que se controló con drogas vasoactivas y prostaglandinas para repermeabilizar el ductus.



### CONCLUSIONES

Aproximadamente el 50% de HDC se diagnostican prenatalmente por ecografía rutinaria durante la gestación (72% si asocia otras malformaciones).

El diagnóstico de HDC vendrá dado por la presencia de vísceras abdominales intratorácicas y signos indirectos como polihidramnios, eje cardíaco anormal o desplazamiento mediastínico.

La medida más usada a lo largo de los últimos años para valorar el pronóstico prenatalmente, ha sido el "Lung to Head Ratio" (LHR) del pulmón contralateral al afecto.

La intervención urgente en las primeras horas de vida no ofrece ventajas en cuanto a supervivencia respecto a una intervención diferida.

### Bibliografía

- Landín I, Soler A, García-Sayago F, Barbería E. Muerte súbita por hernia diafragmática congénita no diagnosticada. An Pediatr (Barc) [Internet]. 2019;91(2):129-30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.05.014>
- Protocolos Neonatología HUSL: [citado el 27 de febrero de 2024]. Disponible en: <http://file:///C:/Users/lumur/Downloads/HERNIA%20DIAFRAGMA%CC%81TICA%20CONGE%CC%81NITA>
- García-Posada R, Gómez O, Martínez JM, Puerto B, Gratacós E. Hernia diafragmática congénita: criterios pronósticos y estado actual del tratamiento prenatal. Guía clínica. Diagn Prenat [Internet]. 2012;23(3):126-33.

