



Obstrucción intestinal e isquemia colónica secundaria a hernia diafrágica de Bochdalek en un adulto de Porlamar, Venezuela

Intestinal obstruction and colonic ischemia secondary to Bochdalek diaphragmatic hernia in an adult from Porlamar, Venezuela

Yisuary Malavé-Fariñas¹, Cristhian Hernández-Martínez¹, Ángela Tata-Urbáez¹, Luis Traviezo-Valles^{2*}

¹Hospital Dr. Luis Ortega. Porlamar, estado Nueva Esparta, Venezuela

²Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado, Barquisimeto, Venezuela

Recibido: 29 Ene. 2026 | **Aceptado:** 24 Abr. 2026 | **Publicado:** 20 Jul. 2026

Autor de correspondencia*: ltravies@ucla.edu.ve

Cómo citar este artículo: Malavé-Fariñas, Y., Hernández-Martínez, C., Tata-Urbáez, A. & Traviezo-Valles, L. (2026). Obstrucción intestinal e isquemia colónica secundaria a hernia diafrágica de Bochdalek en un adulto de Porlamar, Venezuela. *Revista Salud Amazónica y Bienestar*, 5(2), e1505. <https://doi.org/10.51252/rsayb.v5i2.1505>

RESUMEN

Introducción: la hernia diafrágica congénita de Bochdalek es una patología infrecuente en adultos, presentándose generalmente como una emergencia quirúrgica, debido a complicaciones obstructivas o isquémicas de órganos abdominales herniados. **Objetivo:** referir la experiencia mostrada en el abordaje de una hernia diafrágica congénita de Bochdalek. **Caso clínico:** el presente caso trató de un masculino de 29 años con cuadro de cuatro días de evolución, caracterizado por ausencia de evacuaciones, dolor abdominal tipo cólico, náuseas y disnea. Al examen físico, se evidenció distensión abdominal, defensa muscular en cuadrante superior izquierdo y abolición de ruidos respiratorios en base izquierda. La radiografía mostró dilatación de asas colónicas hasta el ángulo esplénico y elevación de la hemidiafragma izquierda. Ante la sospecha de obstrucción intestinal por hernia diafrágica, se realizó laparotomía de emergencia. Se halló defecto diafrágico de 10 cm con herniación de estómago, ángulo esplénico y epiplón, este último con necrosis masiva. Se realizó colectomía segmentaria, colostomía tipo Hartmann y rafia diafrágica. El paciente evolucionó satisfactoriamente y fue egresado a los 12 días. **Conclusión:** el diagnóstico precoz y el manejo quirúrgico oportuno son vitales para reducir la morbilidad en hernias diafrágicas complicadas del adulto.

Palabras clave: hernia de Bochdalek; hernia diafrágica; obstrucción intestinal

ABSTRACT

Introduction: Bochdalek congenital diaphragmatic hernia (CDH) is an infrequent pathology in adults, typically presenting as a surgical emergency due to obstructive or ischemic complications of herniated abdominal organs. **Objective:** To report the clinical experience in the management of a complicated adult Bochdalek hernia. **Case report:** A 29-year-old male presented with a four-day history of obstipation, colicky abdominal pain, nausea, and dyspnea. Physical examination revealed abdominal distention, involuntary muscle guarding in the left upper quadrant, and absent breath sounds at the left lung base. Radiography showed colonic loop dilation up to the splenic flexure and elevation of the left hemidiaaphragm. Based on the clinical suspicion of intestinal obstruction due to a diaphragmatic hernia, an emergency laparotomy was performed. A 10-cm diaphragmatic defect was identified, containing the stomach, splenic flexure, and omentum; the latter showed massive necrosis. Segmental colectomy, Hartmann-type colostomy, and primary diaphragmatic repair were performed. The patient had an uneventful recovery and was discharged after 12 days. **Conclusion:** High clinical suspicion and timely surgical intervention are crucial to reducing morbidity and mortality in complicated adult diaphragmatic hernias.

Keywords: bochdalek hernia; diaphragmatic hernia; intestinal obstruction; surgical emergency



1. INTRODUCCIÓN

La hernia de Bochdalek representa la forma más común de anomalía diafragmática congénita, originada por el fracaso en la fusión de las membranas pleuroperitoneales con el tabique transversal y el mesenterio dorsal del esófago durante la embriogénesis, específicamente entre la octava y décima semana de gestación (1).

Aunque su incidencia en el periodo neonatal es de aproximadamente 1 por cada 2500 nacidos vivos, su diagnóstico en la vida adulta es una entidad clínica infrecuente, representando menos del 5% de los casos reportados en la literatura mundial (2). En la población adulta, la prevalencia de defectos asintomáticos varía entre el 0,17% y el 1%, siendo frecuentemente hallazgos incidentales en procedimientos de tomografía axial computarizada con alta resolución (3).

La fisiopatología de su presentación tardía sugiere que el defecto puede permanecer ocluido por órganos sólidos o el propio saco herniario, hasta que factores que incrementan la presión intraabdominal, como la actividad física exagerada, traumatismos cerrados o procesos de obstrucción intestinal, venciendo la resistencia del hiato, beneficiando la herniación masiva de las vísceras huecas hacia el espacio pleural (4-9).

El diagnóstico en el adulto constituye un verdadero desafío clínico debido a la inespecificidad y variabilidad de los síntomas, que pueden mimetizar cuadros respiratorios, gastrointestinales o cardiogénicos. Esta ambigüedad conduce a errores diagnósticos iniciales hasta en un 25% de los casos, donde la confusión con neumotórax o derrame pleural puede derivar en procedimientos iatrogénicos como la colocación innecesaria de tubos de tórax (5).

La literatura quirúrgica de trauma y emergencias es enfática al señalar que la demora en el reconocimiento de esta patología en particular, aumenta exponencialmente la morbilidad y mortalidad, debido al riesgo inminente de vólvulo, estrangulación e isquemia irreversible de los órganos herniados (6).

El objetivo de este reporte es presentar el caso de un masculino de 29 años con una obstrucción intestinal complicada, compromiso vascular y necrosis visceral del ángulo esplénico, secundaria a una hernia de Bochdalek no diagnosticada. Se resalta la importancia de la sospecha clínica temprana y la intervención quirúrgica oportuna como pilares fundamentales para la supervivencia del paciente en centros de salud con recursos limitados.

2. CASO CLÍNICO

Se trata de paciente masculino de 29 años de edad sin antecedentes patológicos ni quirúrgicos, quien acude al Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar, estado Nueva Esparta, Venezuela, el 7/12/2025, refiriendo inicio de enfermedad actual el 03/12/2025, cuando presenta alteración del hábito evacuatorio, caracterizado por ausencia de evacuaciones, concomitante disnea a moderados esfuerzos, náuseas, y dolor abdominal tipo cólico de moderada intensidad, que no atenúa con medicamentos. Al examen físico se evidencia, signos vitales: FC: 110 lpm, FR: 22 rpm, TA: 129/85 mm Hg., tórax simétrico, expansible con ruidos respiratorios disminuidos en base pulmonar izquierda, ruidos cardíacos rítmicos y regulares, sin soplo ni galope.

A nivel abdominal se evidenció distendido, poco depresible, ruidos hidroaéreos disminuidos, doloroso a la palpación profunda, y defensa muscular involuntaria en cuadrante superior izquierdo. Al tacto rectal, se palpa esfínter normotónico, sin hemorroides al tacto, con escasas heces en ampolla rectal de consistencia pastosa. Resto del examen físico dentro de límites normales. Se realizan estudios de laboratorio que reportan hemoglobina 15,3 g/dL, hematocrito 48%, glóbulos blancos 10.400 /mm³ a predominio de segmentados 72%, PCR 6,4 mg/dl, PT (INR) 1 seg, PTT (diferencia) -2 seg, HIV negativo, VDRL no reactivo.

En la radiografía simple de abdomen, se aprecia dilatación de asa intestinales con niveles hidroaéreos y elevación de la hemidiafragma izquierda con dilatación de colon hasta el ángulo esplénico (Figura 1).

Siguiendo el protocolo, se indicó realizar TAC de abdomen, pero lamentablemente, la institución hospitalaria no contaba con esta tecnología y el paciente carecía de recursos económicos para hacerse la TAC en una institución privada. En vista de hallazgos clínicos y paraclínicos, el paciente es ingresado bajo el diagnóstico, obstrucción intestinal por hernia diafragmática izquierda, y llevado a quirófano de emergencia.

Se abordó la cavidad abdominal por laparotomía supraparainflaumbilical, evidenciando 2500 cc de líquido vinoso libre en cavidad, distensión universal de asas delgadas, colon ascendente y ángulo hepático del colon transverso, defecto en cúpula diafragmática izquierda, en porción muscular, de 10 cm de diámetro aproximadamente, que condiciona hernia diafragmática (Figura 2) que contenía en su interior un plastrón conformado por ángulo esplénico del colon transverso con cambios de coloración a violáceo, curvatura mayor del estómago y 30 cm de epiplón con signos de necrosis.

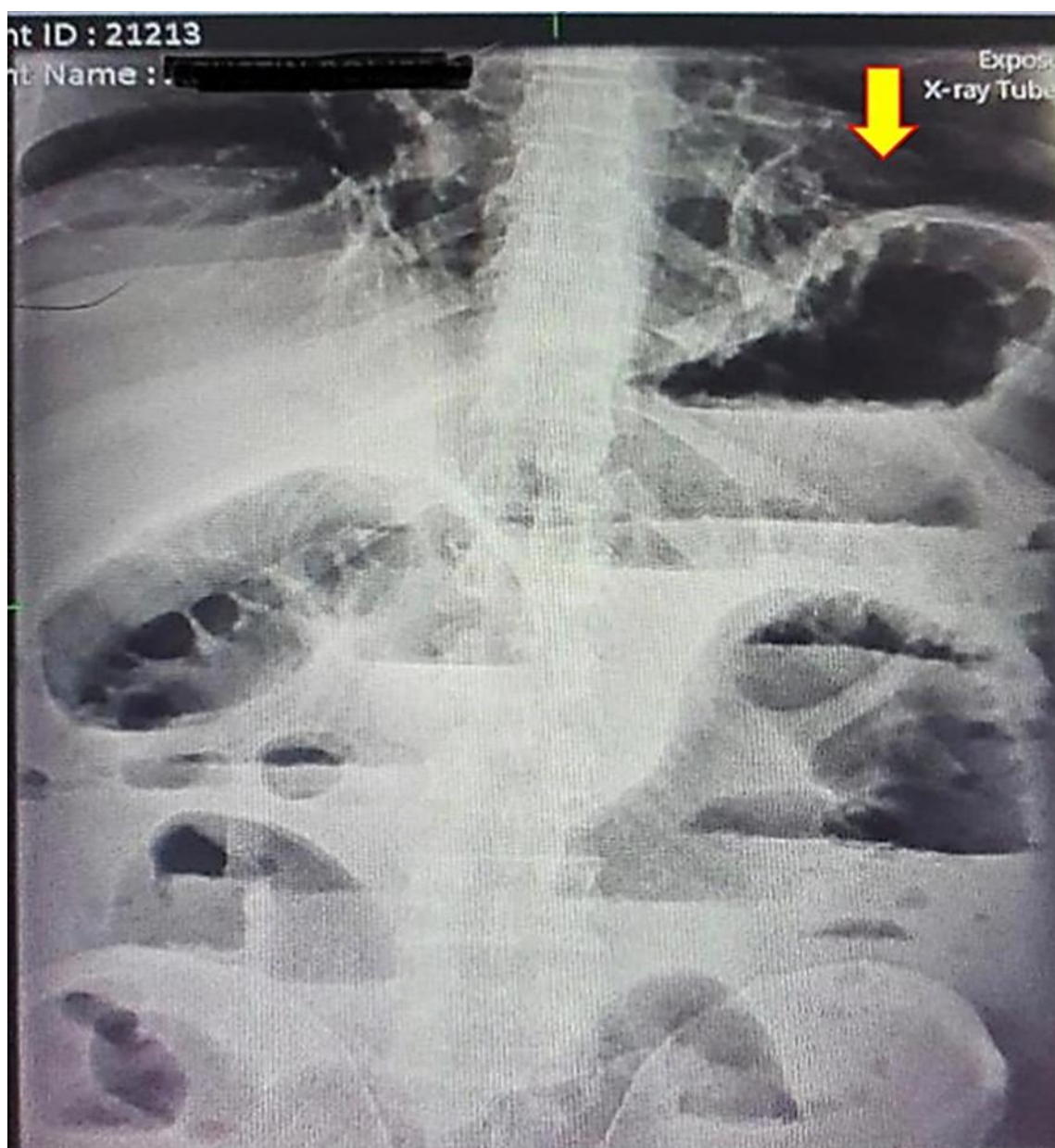


Figura 1. Radiografía simple de abdomen con signos radiológicos de obstrucción intestinal alta: dilatación de asas y niveles hidroaéreos, con dilatación de colon hasta el ángulo esplénico (señalado en la imagen).

Fuente: imagen de los autores.

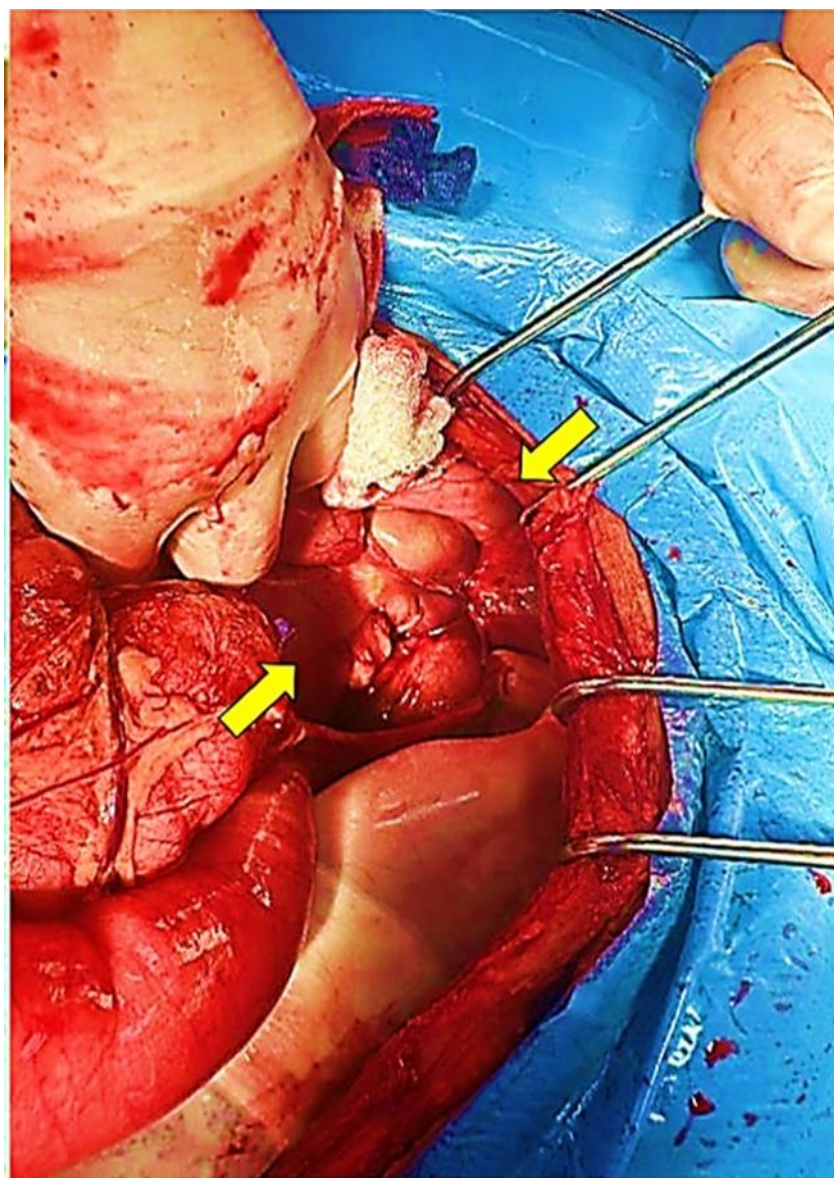


Figura 2. Hallazgo intraoperatorio de hernia diafragmática izquierda (plastrón herniario señalado en la imagen). **Fuente:** imagen de los autores.

Se realiza evacuación del líquido por aspiración, adherensiólisis roma e instrumental, quelotomía con liberación de los órganos. En vista de cambios de coloración irreversibles en ángulo esplénico de colon transverso, se realiza colectomía de 40 cm aproximadamente, con confección de colostomía del ángulo hepático con vycril 2-0 y cierre del cabo distal a nivel de 1/3 proximal del colon descendente. Rafia del defecto del diafragmático con Nylon 1, puntos continuos (Figura 3), lavado de cavidad abdominal con 5000 cc de solución fisiológica, constatación de hemostasia, y cierre por planos.

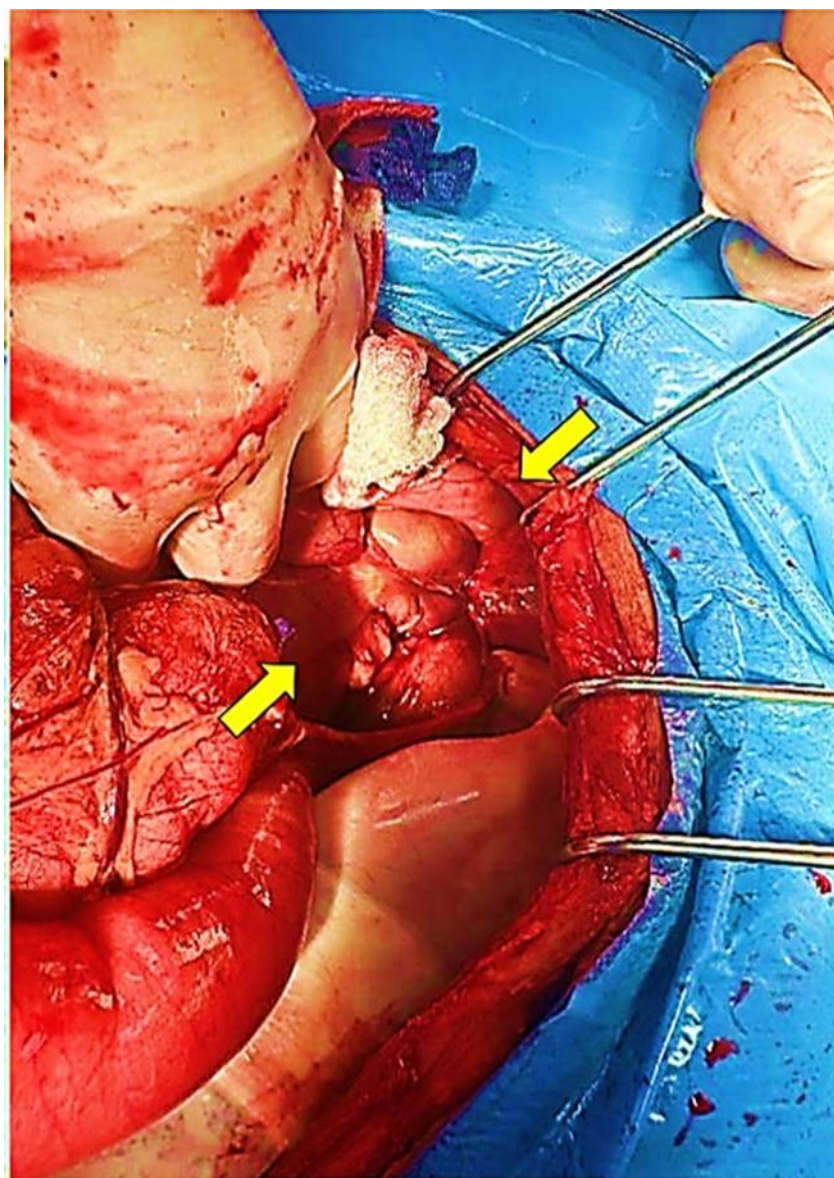


Figura 3. Reparación de defecto diafragmático. **Fuente:** imagen de los autores.

En un segundo tiempo quirúrgico se realiza toracotomía mínima izquierda, con técnica abierta, evidenciando 20 cc de gasto hemático oscuro, oscilación en 15 cm H₂O, con burbujeo (Figura 4). Durante su estancia en el servicio de Cirugía General, el paciente presentó una evolución clínica satisfactoria caracterizada por estabilidad hemodinámica, adecuada tolerancia a la vía oral y una colostomía funcional. La herida quirúrgica se mantuvo sin signos de infección del sitio quirúrgico (ISQ) ni dehiscencia.

En cuanto al manejo respiratorio, el sistema de drenaje torácico mostró una resolución progresiva del compromiso pleural; tras documentar mediante radiografía de control una completa expansión pulmonar ipsilateral cese del burbujeo, ausencia de gasto y oscilaciones mínimas, se procedió al retiro del tubo de tórax sin incidencias. Al mantener una saturación de oxígeno óptima al aire ambiente y ausencia de sintomatología dolorosa toraco-abdominal, se indicó el egreso hospitalario el 19/12/2025, con indicación de seguimiento ambulatorio para la posterior planificación de la restitución del tránsito intestinal.

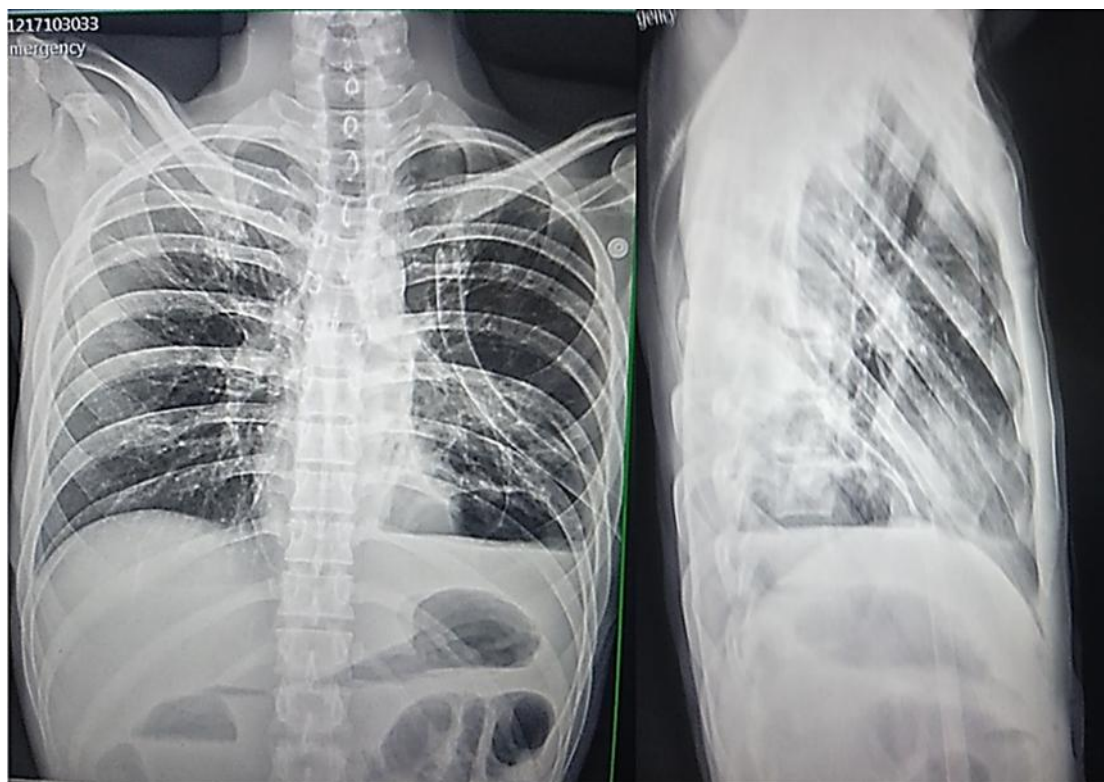


Figura 4. Radiografía de tórax (proyección PA y lateral) post colocación de sistema de drenaje torácico.
Fuente: imagen de los autores.

3. DISCUSIÓN

La hernia de Bochdalek se presenta con una muy baja prevalencia en adultos, entre 0,17% y el 1% según algunos autores. Aunque es un defecto congénito, la presentación en la tercera década de la vida, como en el caso de este paciente de 29 años, sugiere que el defecto diafragmático permaneció silente o fue lo suficientemente pequeño para no causar síntomas hasta que un aumento de la presión intraabdominal favoreció la herniación masiva de vísceras (7).

El diagnóstico de esta patología en el adulto representa un desafío clínico debido a la inespecificidad de los síntomas. En este caso, la tríada de dolor abdominal, distensión y disnea fue cardinal. La literatura describe que hasta un 25% de los casos se diagnostican de forma errónea como neumotórax o derrame pleural, lo que puede llevar a la colocación iatrogénica de tubos de tórax antes de resolver el problema abdominal (5).

A pesar de que la tomografía axial computarizada (TAC) es el estándar de oro por su alta sensibilidad (78%) y especificidad (100%) para identificar el defecto y el contenido herniario, la realidad hospitalaria en entornos con recursos limitados obligó al cirujano a basar su decisión en la clínica y la radiografía simple. En el presente caso, la evidencia de niveles hidroaéreos, elevación del hemidiafragma izquierdo y la defensa muscular involuntaria fueron indicadores críticos de estrangulación visceral, justificando la intervención quirúrgica de emergencia sin demora por estudios de imagen avanzados (7,9).

La presentación del defecto en la hemidiafragma izquierda en este paciente, concuerda con la epidemiología mundial, donde el 80-90% de los casos ocurren en este lado. Esta predominancia se atribuye tanto al cierre más temprano de la membrana pleuroperitoneal derecha durante la embriogénesis, como al efecto protector del hígado, que actúa como una barrera física contra la herniación de vísceras en el lado derecho. Por el contrario, la relativa movilidad de los órganos en el hipocondrio izquierdo, como el ángulo esplénico del colon, facilita su migración hacia la cavidad torácica tras un aumento de la presión intraabdominal (2).

El hallazgo de 2500 cc de líquido vinoso y la necrosis del ángulo esplénico del colon y del epiplón mayor, confirman un cuadro de isquemia irreversible por compromiso del flujo vascular en el anillo herniario. Una de las decisiones más críticas en este caso fue la realización de una colostomía tipo Hartmann en lugar de una anastomosis primaria.

La literatura quirúrgica internacional apoya esta conducta en contextos de peritonitis química o purulenta y compromiso vascular, donde el riesgo de dehiscencia de sutura es elevado, debido al edema de las asas y el estado inflamatorio sistémico del paciente. La colectomía de 40 cm aseguró la eliminación de todo el tejido desvitalizado, minimizando el riesgo de translocación bacteriana y sepsis persistente (8).

La rafia del defecto diafragmático (10 cm) se realizó con material no absorbible (Nylon 1), considerado el procedimiento estándar para evitar la recidiva, debido a que el diafragma es un músculo en constante movimiento y las suturas absorbibles fallan antes de que se complete una cicatrización firme, aumentando el riesgo de hernia recurrente (1).

Se complementó el protocolo quirúrgico con una toracotomía mínima izquierda, para asegurar la expansión pulmonar completa y el drenaje de residuos hemáticos o inflamatorios que, de permanecer en el espacio pleural, evolucionarían a empiema o paquipleuritis (6).

La evolución favorable del paciente confirma que la intervención quirúrgica temprana es el factor pronóstico más determinante en hernias diafragmáticas complicadas (2). En cuanto a la técnica, aunque el uso de mallas protésicas se describe para defectos de gran tamaño, su utilización está contraindicada en campos contaminados con necrosis visceral o líquido fétido, debido al alto riesgo de infección de la prótesis, siendo la rafia primaria con material no absorbible la técnica de elección en este escenario (1).

CONCLUSIONES

La hernia de Bochdalek en el adulto es un desafío, debido a su baja incidencia y presentación clínica inespecífica, que suele mimetizar cuadros obstructivos intestinales convencionales. Este caso clínico subraya que el éxito terapéutico depende de una sospecha clínica elevada y una intervención quirúrgica temprana.

La laparotomía media se reafirma como el abordaje de elección en casos complicados, permitiendo el manejo seguro de la necrosis visceral mediante técnicas como el procedimiento de Hartmann, que prioriza la seguridad del paciente sobre la continuidad intestinal inmediata. Finalmente, la restauración de la integridad diafragmática y el adecuado manejo del espacio pleural, son pilares fundamentales para prevenir la recurrencia y asegurar una recuperación respiratoria satisfactoria.

FINANCIAMIENTO

No hubo financiamiento de instituciones públicas, privadas o sin ánimo de lucro.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

APROBACIÓN ÉTICA

Los procedimientos realizados fueron posteriores a la firma del consentimiento informado por parte de la paciente y ejecutados de acuerdo con estándares éticos internacionales, igualmente apegados a la declaración de Helsinki de 1964 y sus respectivas enmiendas posteriores.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, redacción, borrador original, revisión y edición: Yisuary Malavé-Fariñas, Cristhian Hernández-Martínez, Ángela Tata-Urbáez, Luis Traviezo-Valles.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brunnicardi FC, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Kao LS, Hunter JG, et al. Schwartz's Principles of Surgery, 11e [Internet]. 2019. Available from: <https://accessmedicine.mhmedical.com/book.aspx?bookid=2576>
2. Brown SR, Horton JD, Trivette E, Hofmann LJ, Johnson JM. Bochdalek hernia in the adult: demographics, presentation, and surgical management. *Hernia* [Internet]. 2011 Feb 8;15(1):23–30. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10029-010-0699-3>
3. Sandstrom CK, Stern EJ. Diaphragmatic Hernias: A Spectrum of Radiographic Appearances. *Curr Probl Diagn Radiol* [Internet]. 2011 May;40(3):95–115. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0363018809000929>
4. Isabel Prieto Nieto JPP. Bochdalek Hernia in an Adult. *Scand Cardiovasc J* [Internet]. 1998 Jan 12;32(2):113–114. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14017439850140274>
5. Thomas S, Kapur B. Adult Bochdalek hernia—Clinical features, management and results of treatment. *Jpn J Surg* [Internet]. 1991 Jan;21(1):114–9. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/BF02470876>
6. TOWNSEND JR CM, BEAUCHAMP RD, EVERS BM, MATTOX KL. Tratado de cirugía: Fundamentos biológicos de la práctica quirúrgica moderna [Internet]. 21st ed. Barcelona, España; 2022. Available from: <https://campus.com.pe/wp-content/uploads/2023/04/Sabiston-Tratado-de-cirugia.pdf>
7. Mullins ME, Stein J, Saini SS, Mueller PR. Prevalence of Incidental Bochdalek's Hernia in a Large Adult Population. *Am J Roentgenol* [Internet]. 2001 Aug;177(2):363–6. Available from: <https://www.ajronline.org/doi/10.2214/ajr.177.2.1770363>
8. Feliciano D V., Mattox KL, Moore EE. Traumatología [Internet]. 9th ed. New York, NY, USA; 2023. Available from: <https://accessmedicina.mhmedical.com/book.aspx?bookid=3498>
9. Ríos P, Constenla D, Cristi J, Alegría J, Silva C, Schiappacasse G. Diaphragmatic hernias: classifications and spectrum of presentations in computed tomography, magnetic resonance and plain radiograph. *Austral J Imaging (English Ed)* [Internet]. 2025 Apr 10;31(2). Available from: https://www.resochradi.com/frame_eng.php?id=133