

Reporte de Caso

Eventración Diafragmática. A Propósito de un Caso.

Victor Paez Perez M.D.,¹ Rosalba Pabón Barrios M.D.,² Luis Pacheco Castro M.D.,³ Felix Morales M.D.,³ Cecilia Perez M.D.,³ Zully Vasquez M.D.³

¹ Cirujano General. Adjunto de Cirugía Del Hospital Militar San Cristóbal. ² Cirujano General. ³ Residentes de Cirugía.

Servicio de Cirugía del Hospital Militar Cap (Av) "Guillermo Hernandez Jacobsen" San Cristobal, Tachira, Venezuela.

Medicrit 2005; 2(5):104-106

RESUMEN

Introducción. El abombamiento del músculo diafragma hacia el tórax se conoce como eventración diafragmática o diafragma en parachut. Su incidencia en los adultos es de 1 en 10.000 a 1 en 13.000 personas, siendo mas frecuente en varones que en mujeres y su etiopatogenia se divide en dos tipos: eventración diafragmática congénita, y la eventración diafragmática adquirida o parálitica.

Objetivo. Presentación clínica de un paciente con Eventración Diafragmática.

Metodología. Paciente masculino de 48 años de edad, quién presenta dolor torácico izquierdo y disnea de 24 horas de evolución. Al ingreso se aprecia taquicárdico, taquipneico, se auscultan ruidos hidroaéreos a nivel de hemitórax izquierdo y matidez a la percusión, la radiografía de tórax presenta elevación del hemidiafragma izquierdo, colapso pulmonar y contenido abdominal en el hemitórax, se realiza plicatura diafragmática y el diagnóstico postoperatorio es Eventración Diafragmática Izquierda.

Discusión. Es una rara afección cuyos síntomas se originan por ventilación inadecuada o desplazamiento de las vísceras abdominales dentro de la eventración; predominando dificultad respiratoria, cianosis, taquipnea, taquicardia y atelectasia. Los procedimientos quirúrgicos más usados son la plicatura diafragmática, la resección de la porción redundante del diafragma eventrado y la colocación de malla protésica.

Palabras clave: Eventración, diafragma, plicatura.

de la respiración, se inicia su atrofia quedando adelgazado y sin fuerza, lo que provoca el abombamiento del músculo hacia el tórax conocido como eventración diafragmática o diafragma en parachut. Así mismo la presión intraabdominal empuja las vísceras abdominales, las cuales se introducen en la cavidad torácica sin rebasar el límite del diafragma interfiriendo en la expansión pulmonar normal, disminuyendo la función respiratoria y produciendo síntomas progresivos gastrointestinales.

La incidencia de esta patología en los adultos es de 1 en 10.000 a 1 en 13.000 personas, siendo mas frecuente en varones que en mujeres y su etiopatogenia se divide en dos tipos: eventración diafragmática congénita, causada generalmente por embriogénesis imperfecta que produce una disminución o ausencia de las fibras musculares del diafragma y la eventración diafragmática adquirida o parálitica que es más frecuente del lado izquierdo y puede ser resultado de una amplia variedad de causas como traumatismos de parto, infecciones, inflamación local del nervio frénico de origen primario pulmonar o pleural, tumor maligno que involucre el nervio frénico, ausencia congénita de las células del asta anterior (enfermedad de Werdnig-Hoffmann), Trisomía 13, 15 o 18, lesión quirúrgica durante procedimientos mediastínicos, cervicales o cardíacos y traumatismos cervicales y/o torácicos.

Objetivo. Realizar la presentación clínica de un paciente con eventración diafragmática, y el respectivo análisis crítico en vista de lo infrecuente de esta patología.

Metodología. Se presenta un paciente masculino de 48 años de edad, de procedencia rural, quién presenta de 24 horas de evolución dolor torácico de moderada intensidad a predominio izquierdo, no irradiado, desencadenado por esfuerzo físico que cede ante administración de analgésicos, con comitante de disnea. Como antecedente de importancia presentó traumatismo torácico cerrado y neumonía a los 18 años de edad. Al examen físico de ingreso se aprecia taquicárdico, taquipneico, se auscultan ruidos hidroaéreos a nivel de hemitórax izquierdo y matidez a la percusión a dicho ni-

Funcionalmente el diafragma es el principal músculo inspiratorio y el segundo músculo estriado más activo del organismo, él debe oscilar hacia arriba y hacia abajo para poder producir la presión negativa necesaria para que los pulmones puedan expandirse sin dificultad. Cuando por algún motivo el diafragma queda paralizado y no se produce el movimiento normal

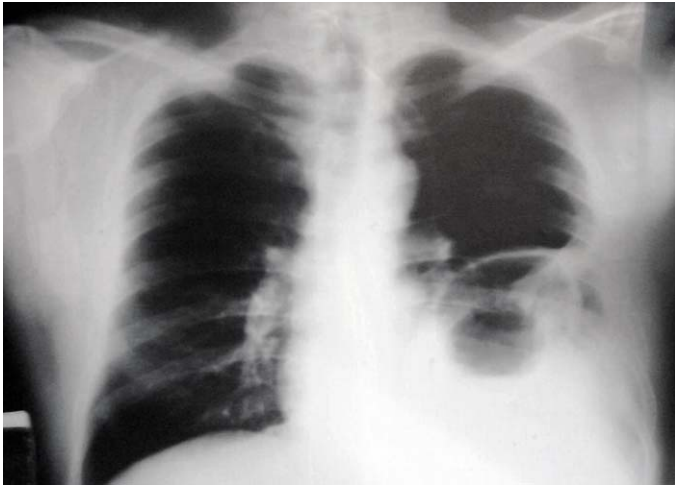


Figura 1. Radiografía de tórax preoperatoria.

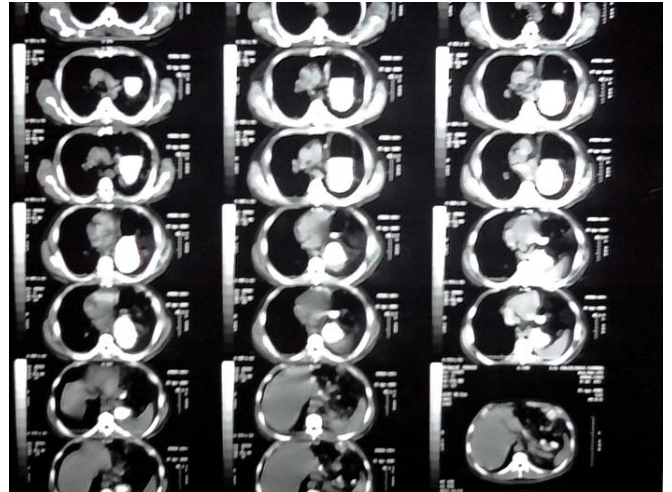


Figura 2. Tomografía toracoabdominal preoperatoria que muestra la eventración en hemitórax izquierdo



Figura 3. Plicatura diafragmática

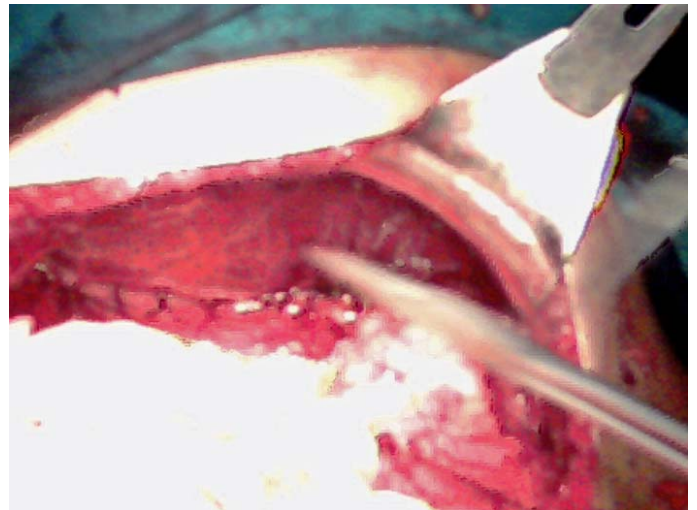


Figura 4. Plicatura diafragmática

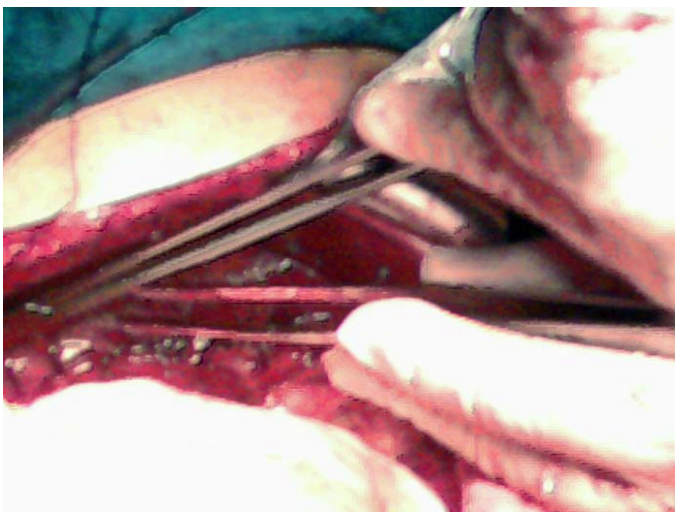


Figura 5. Colocación de malla protésica



Figura 6. Colocación de malla protésica

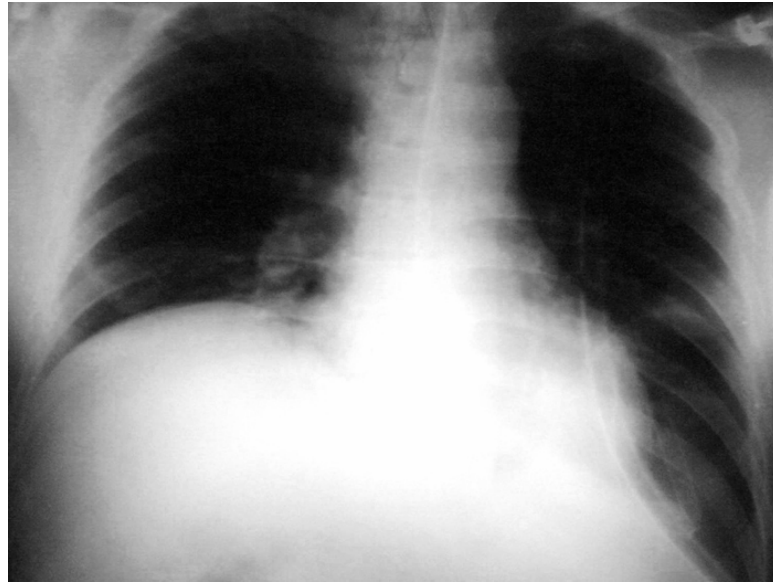


Figura 7. Radiografía de tórax postoperatoria

vel. En la paraclínica se reporta leucocitosis, en la radiografía de tórax se observó elevación del hemidiafragma izquierdo, relativo colapso pulmonar y contenido abdominal en el hemitórax izquierdo, la tomografía torácica confirmó lo reportado por la radiología sin otro aporte. Se decide llevar a la mesa operatoria con el diagnóstico de hernia diafragmática, se aborda por laparotomía evidenciándose diafragma flácido y redundante abombado hacia el hemitórax izquierdo, con el estómago, bazo y colon transversal en la cavidad torácica. Se restituyen vísceras a la cavidad abdominal, se realiza plicatura diafragmática mediante la colocación de dos hileras de puntos para imbricar el Hemidiafragma redundante, se refuerza con colocación de malla protésica. El diagnóstico postoperatorio es eventración diafragmática izquierda. El postoperatorio transcurre sin complicaciones y a dos meses de la intervención el paciente se encuentra asintomático.

DISCUSIÓN

Si bien esta condición es rara y la mayoría de los pacientes adultos cursan asintomático, al momento de aparecer síntomas requiere de diagnóstico y tratamiento quirúrgico. Los síntomas se originan como resultado de una ventilación inadecuada o del desplazamiento de las vísceras abdominales dentro de la eventración; predominando dificultad respiratoria, cianosis, taquipnea, taquicardia y atelectasia, con neumonía o sin ella, siendo estos más significativos en lactantes y niños, y dolor abdominal, eructos, ardor, disfagia y dolor epigástrico se agrega en los pacientes de edad avanzada.

Al examen físico son signos distintivos de esta patología la matidez del hemitórax involucrado, la escasa excursión diafragmática y los hallazgos sugerentes de neumonitis. Aún así el reconocimiento inicial de la eventración tiene lugar durante la evaluación radiológica de una dificultad respira-

toria. Las radiografías de tórax muestran la característica elevación del hemidiafragma involucrado, no obstante la diferenciación radiológica entre la hernia diafragmática con saco herniario y la eventración es difícil. La demostración de la parálisis o el movimiento paradójico del diafragma requiere una fluoroscopia o una ecografía del tórax.

REFERENCIAS

1. Asensio J, Demetriades D y Rodríguez A. (2000). Injuria del diafragma. E Moore (Ed). Trauma. (pp 456-461). Philadelphia. WB Saunders.
2. Deslauriers J. (1998). Eventration of the diaphragm. *Chest Surg Clin North Am.* 8 (3): 315-330.
3. Pomerantz M. (2000). El Diafragma. Sabiston. (Ed). Tratado de Patología Quirúrgica. (pp 1244-1250). Buenos Aires, Argentina. Editorial Medica Panamericana.
4. Ryckman F y Allmen D. (1999). Eventración del Diafragma. L. Nyhus, R. Baker, J. Fischer (Eds). El Dominio de la Cirugía. (pp 742 – 746). Buenos Aires, Argentina. Editorial Medica Panamericana.
5. Weber T, Tracy T, Silen M. (1996). The diaphragm : developmental, traumatic and neoplastic disorders. Stamford: Appleton & Lange.