

REPORTE DE CASO

## Parálisis Frénica Unilateral

Emilio Curiel Balsera, M.D.<sup>1</sup>, Miguel Angel Prieto Palomino, M.D.<sup>1</sup>, Lidia Rivera Romero, ECI<sup>2</sup>.<sup>1</sup> Facultativo especialista de área de la Unidad de Cuidados Intensivos del Complejo Hospitalario Carlos Haya.<sup>2</sup> Enfermera del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias del Complejo Hospitalario Carlos Haya.

Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. UCI-Maternidad Hospital Materno-Infantil.  
Avda Arroyo de los Ángeles, s/n. 29009 Málaga, España.  
Teléfonos: +34951292478, +34610747509  
email: emiliouci@ya.com

Recibido el 21 de Diciembre de 2005. Aceptado el 15 de Febrero de 2006

MEDICRIT 2006; 3(1):26-27

### OBSERVACIÓN CLÍNICA

Mujer de 55 años que ingresa en urgencias por disnea de reposo de <24 h de evolución. Estando en la sala de policlínica presenta parada respiratoria y bradicardia severa por lo que es ingresada en cuidados intensivos, procediéndose a maniobras de reanimación avanzada. Como antecedentes personales, presentaba depresión reactiva en tratamiento y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) con oxigenoterapia domiciliaria ocasional.

La radiología de su ingreso tras la intubación, muestra una ocupación total del hemitorax izquierdo por la cámara gástrica sin llegar a visualizar parénquima pulmonar (figura 1). El tubo orotraqueal estaba demasiado penetrado, presentando una intubación selectiva del bronquio derecho.

Tras retirar TOT y colocar sonda nasogástrica para vaciar el contenido aéreo del estómago se aprecia como continua sin visualizarse claramente el parénquima pulmonar y aparece en su lugar colon descendente (figura 2).

Se volvió a retirar TOT y se ventiló a la paciente con maniobras de reclutamiento alveolar, consiguiendo la reexpansión, al menos parcial, del pulmón izquierdo (figura 3).

A las pocas horas de estancia en la unidad se

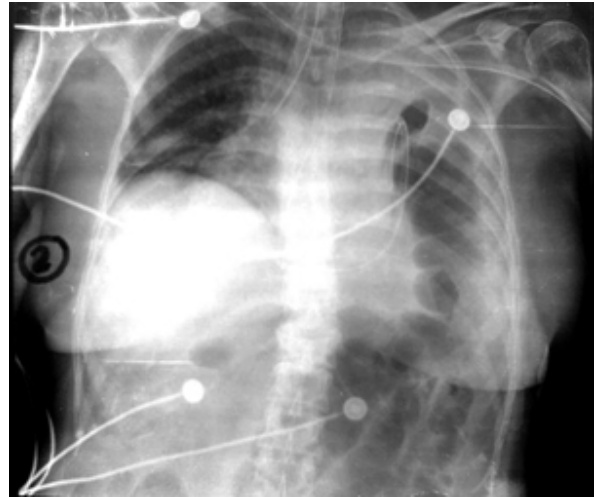
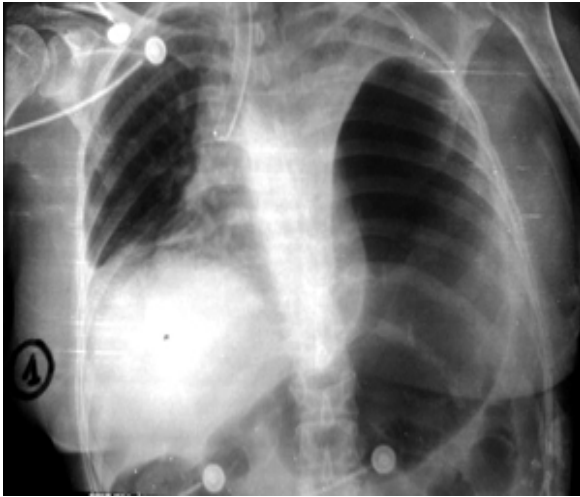
realizó ecografía torácica que mostró parálisis diafragmática izquierda. Posteriormente la familia aportó informes de un ingreso previo en neumología donde ya informaban de presentar dicha patología e incluso se le había prescrito un aparato de presión positiva domiciliaria (CPAP) que no utilizaba.

En las 48 horas posteriores desarrolló semiología clínica y radiológica de infección respiratoria baja, presentando una neumonía basal derecha de la que no se obtuvo diagnóstico microbiológico (figura 4). A pesar del tratamiento antibiótico de amplio espectro y el soporte respiratorio, evolucionó como un shock séptico severo con distress respiratorio severo del adulto y necesidad de alta FiO<sub>2</sub>. Falleció al 8º día de ingreso en situación de fracaso multiorgánico.

### DISCUSIÓN

La parálisis diafragmática unilateral es una afección poco frecuente, habitualmente generada por la interrupción de la transmisión del impulso del nervio frénico. Generalmente tiene escasa repercusión clínica permaneciendo asintomático los pacientes aunque en algunos casos se observa disnea de esfuerzo. La gravedad de los síntomas está relacionada con la velocidad de desarrollo de la parálisis diafragmática y con la presencia o ausencia de enfermedad pulmonar subyacente.

Las causas de parálisis frénica unilateral son muy



**Figuras 1 a la 4. — Radiografías de tórax. Ver explicación en el texto.**

variadas. Las de origen tumoral, con la invasión del nervio frénico por una neoplasia habitualmente pulmonar es la más frecuente, seguida de las de causa desconocida o idiopática. Otras causas menos frecuentes son lesiones quirúrgicas, aneurismas de aorta, neuritis, diabetes, infección por herpes zoster, tras punciones venosas centrales, etc.

Para establecer el diagnóstico de parálisis diafragmática unilateral, hay varios signos radiológicos clave, siendo la mayoría de ellos de técnicas radioscópicas. La elevación de un hemidiafragma por encima de lo normal, la disminución o ausencia de movimiento durante la respiración, el movimiento paradójico valorado por radioscopia en condiciones de carga aumentada (es este el signo radiológico más fidedigno junto con la ecografía), y el bamboleo del mediastino durante la respiración.

## REFERENCIAS

1. Paré F. Synopsis of diseases of the chest (2.a ed.). Filadelfia: W.B. Saunders, 1994; 944-946.
2. Quintana JL, Carbajo M, Rodríguez J, Ortiz de Caracho J, Guzmán G, Castrodeza R. Parálisis diafragmática unilateral tratada con éxito mediante plicatura diafragmática. Arch Bronconeumol 2001; 37: 401-3

*Correspondencia:*

Emilio Curiel Balsera  
Hospital Materno-Infantil. UCI-Maternidad Avda Arroyo de los Ángeles, s/n. Málaga. 29009. España

*Para comentarios sobre este artículo, dirigirse a:*

cartasaleditor@medicrit.com