

Eventración diafragmática

EVENTRATION OF DIAPHRAGM

ARACELI VILLALBA VILLALBA¹

RESUMEN

La eventración diafragmática es la elevación anormal del diafragma con desplazamiento del contenido abdominal hacia el tórax, es más frecuente en el sexo masculino y presenta una mortalidad del 18% si no se corrige. Se presenta el caso de un lactante de tres meses referido de un hospital de provincia con síntomas respiratorios bajos en quién la patología fue un hallazgo ocasional, se discute el manejo.

Palabras clave: eventración diafragmática, niños.

ABSTRACT

Eventration of diaphragm is the abnormal elevation of the diaphragm with displacement of the abdominal contents towards the thorax, is frequent in males and the mortality is 18% if it is not corrected. We present a three month old boy referred from regional hospital with low respiratory symptoms in which pathology was an occasional find, the management is discussed.

Key words: eventration of diaphragm, children.

INTRODUCCIÓN

La eventración diafragmática es la elevación anormal de éste con desplazamiento del contenido abdominal hacia el tórax, se produce por atrofia, aplasia o parálisis de fibras musculares del diafragma, puede ser congénita por parálisis del nervio frénico, absceso subfrénico, lóbulo pulmonar medio derecho muy grande, hepatomegalia o traumatismo del diafragma; puede ser una parálisis total (frecuente en el diafragma izquierdo) o parcial

(derecho); se asocia a alteraciones de la columna, deficiencias de la parrilla torácica (pectum excavatum, pectum carinatum), ectopia renal alta y secuestro pulmonar extralobar derecho.

Tiene una incidencia de 1:1000 nacidos vivos, es más frecuente en el sexo masculino y presenta una mortalidad del 18%.

La presentación clínica puede ser desde asintomático a manifestaciones respiratorias leves o severas (disnea, taquipnea, cianosis) o manifestaciones gastrointestinales como náusea, vómito, flatulencia, indigestión, reflujo gastroesofágico.

Tiene como diagnósticos diferenciales a la hernia diafragmática, enfisema lobar congénito y en el caso de presentarse en el lado derecho, efusión pleural derecha, hernias, tumores o quistes hepáticos.

El diagnóstico por imágenes se realiza mediante la radiografía de tórax que muestra elevación del hemidiafragma, ángulos costofrénicos y canales posteriores bien profundizados. La fluoroscopia, ecografía y tomografía axial computarizada (TAC) también son útiles.

El pronóstico en general es bueno, siendo las probables complicaciones la infección pulmonar crónica, ruptura diafragmática, úlceras y vólvulos de estómago.

El tratamiento es un tema discutido, algunos cirujanos pediatras no operan si el paciente está asintomático y sólo realizan plicatura a los pacientes sintomáticos.

CASO CLÍNICO

Lactante masculino de tres meses de edad, procedente de un hospital regional de provincia, referido con un tiempo de enfermedad de

¹ Médico residente III año Cirugía Pediátrica. Universidad Nacional Mayor de San Marcos-Instituto Nacional de Salud del Niño. Lima- Perú

tres semanas, caracterizada por tos exigente que aumenta en intensidad y frecuencia; dos semanas antes presenta dificultad respiratoria, le diagnostican neumonía y síndrome de obstrucción bronquial asociado, recibe tratamiento con antibióticos y B2 nebulizado; pese a terapia, durante su hospitalización presenta picos febriles e incremento de la dificultad respiratoria por lo que es transferido.

Antecedentes: producto de segunda gestación, padres no consanguíneos, parto eutócico, peso al nacimiento 3 330 g, desarrollo psicomotor normal, inmunizaciones completas para la edad.

Examen: lactante en mal estado general, irritable, polipneico, con dificultad respiratoria moderada FC 156´ FR 68´ Saturación O2 90%, piel tibia, frialdad y cianosis distal, mucosas orales húmedas, ruidos cardiacos regulares taquicárdicos, buen tono e intensidad. Tórax: tiraje subcostal, intercostal, supraclavicular, subcrépitos y roncales abundantes en ambos campos pulmonares, espiración prolongada, no otros ruidos agregados, abdomen globuloso no distendido RHA presentes. Resto del examen no contributorio.

Exámenes auxiliares: radiografía de tórax con evidencia de imagen compatible con asas intestinales en base de hemitórax izquierdo.

Hemograma: leucocitos 17 000 (abastados 3%), hemoglobina y electrolitos dentro de valores normales.

Paciente recibe tratamiento para cuadro respiratorio de fondo y es programado para cirugía electiva.

Hallazgos de cirugía: cúpula diafragmática flácida, estómago y bazo ascienden a tórax, se concluye como eventración diafragmática (Figura 1).

Se realiza plicatura diafragmática.

DISCUSIÓN

El caso descrito es el de un lactante de tres meses, que presenta un cuadro respiratorio de vías respiratorias bajas de pobre evolución, el hallazgo de la patología fue casual.



Figura 1. Eventración diafragmática.

La sobre elevación del hemidiafragma derecho corresponde más habitualmente a una lesión del nervio frénico. En poblaciones de pacientes evaluados por eventración diafragmática debida a lesión del nervio frénico, la forma aislada ocurre aproximadamente en un 22 %, en tanto que un 78% se presenta asociado con parálisis de Erb-Duchenne (lesión del plexo braquial). Encontrar parálisis del plexo braquial sin lesión del nervio frénico es mucho más común, y la situación inversa es mucho más rara ⁽¹⁾. En el caso presentado, la ausencia de trauma obstétrico y de parálisis braquial, así como los hallazgos por imágenes orientan al diagnóstico de eventración diafragmática izquierda secundaria a una deficiencia muscular congénita del diafragma, que puede presentarse como una ausencia total o parcial del desarrollo muscular en el septum transversum ⁽²⁾. Las hojas pleural y peritoneal son normales pero están separadas solamente por una delgada hoja fibrosa en las que se comprueba ausencia o disminución de las fibras musculares del diafragma ⁽³⁾. El músculo en estos casos está reemplazado por una lámina papirácea, blanquecina, inerte y a veces traslúcida. En la eventración diafragmática los órganos abdominales quedan siempre por debajo del diafragma, cualquiera sea el ascenso de éste ⁽⁴⁾. La causa de la falla muscular no es bien conocida, pero se han encontrado casos asociados a rubéola fetal, infección por citomegalovirus y trisomías cromosómicas ⁽⁵⁾.

La incidencia familiar es poco frecuente. Es más común a izquierda que a derecha ⁽⁶⁾,

coincidiendo con la patología de nuestro paciente. El diagnóstico clínico de eventración diafragmática es solo presuntivo y corresponde a los hallazgos por imágenes el diagnóstico positivo y diferencial con la hernia diafragmática, que no resulta siempre tan fácil y esquemático ⁽⁶⁾. El hallazgo radiológico esencial es la demostración de una elevación del hemidiafragma que se aprecia como una imagen lineal, delgada, bien precisa y sobrealzada, que se extiende desde el raquis a la pared costal.

El examen radioscópico es muy importante, ya que evidencia una excursión diafragmática mínima o movimientos paradójicos del diafragma. Las imágenes hidroaéreas y los desplazamientos de órganos pueden ser similares a los observados en la hernia diafragmática ⁽⁶⁾.

Resuelto el problema diagnóstico nuestro principal cuestionamiento en el manejo es: **¿se debe realizar la plicatura del diafragma en un paciente que está libre de síntomas?**

Numerosos trabajos justifican la intervención quirúrgica si el paciente tiene síntomas reiterados tales como neumonías, compromiso respiratorio asociado a dificultad para alimentarse, desnutrición o si no fue posible interrumpir la ventilación mecánica ^(4,7). La cirugía en pacientes asintomáticos con deficiencia congénita muscular diafragmática no está definitivamente recomendada por la literatura ^(2,6,7). No obstante Kizilcan y colaboradores afirman que la plicatura del diafragma es una intervención simple, rápida, sin riesgos y con resultados favorables a largo plazo ⁽⁶⁾ y en consecuencia tratan a todos los niños con eventración diafragmática congénita mediante dicho procedimiento quirúrgico.

El crecimiento del pulmón es hasta los 10 años de edad, en tal virtud, se considera razonable dar espacio al futuro desarrollo de este órgano vital;

sin embargo todavía no hay datos concluyentes sobre este tema ⁽⁸⁾.

Otros autores apoyan la cirugía en pacientes sin síntomas respiratorios solo cuando haya una gran eventración diafragmática que interfiera con la función pulmonar ^(6,8,9).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hansen T, Corbert A. Trastornos de la pared torácica y el diafragma. In: Shaffer, Avery. Enfermedades del recién nacido. 6ª Ed. Buenos Aires: Panamericana; 1993. p. 592-94.
2. Tsugawa C, Kimura K, Nishijima E, Muraji T, Yamaguchi M. Diaphragmatic eventration in infants and children: is conservative treatment justified? J Pediatr Surg. 1997;32:1643-4.
3. De Vries TS, Koens BL, Vos A. Surgical treatment of diaphragmatic eventration caused by phrenic nerve injury in the newborn. J Pediatr Surg. 1998;33:602-5.
4. Hartman G. Hernia Diafragmática. En: Nelson. Tratado de Pediatría. 15ª Ed. Madrid: Mc Craw -Hill- Interamericana; 1997. p. 1460-1.
5. Kizilcan F, Tanyel FC, Hiçsönmez A, Büyükpamukçu N. The long-term results of diaphragmatic plication. J Pediatr Surg. 1993;28:42-4.
6. Langer JC, Filler RM, Coles J, Edmonds JF. Plication of the diaphragm for infants and young children with phrenic nerve palsy. J Pediatr Surg. 1988;23:749-51.
7. Sarihan H, Cay A, Akyazici R, Abes M, Imamoglu M. Congenital diaphragmatic eventration: treatment and postoperative evaluation. J Cardiovasc Surg. 1996;37:173-6.
8. Deslauriers J. Eventration of the Diaphragm. Chest Surg Clin North Am. 1998;8:315-30.
9. Dillon E, Renwich M, Wright C. Congenital diaphragmatic herniation: antenatal detection and outcome. Br J Radiol. 2000;73:360-5.

Correspondencia:

Dra. Aracely Ubaldina Villalba Villalba
E mail: ara1875@hotmail.com