



CASOS CLÍNICOS

EVENTRACIÓN DIAFRAGMÁTICA IZQUIERDA; PRESENTACIÓN DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA LEFT DIAPHRAGMATIC EVENTRATION; CASE PRESENTATION AND LITERATURE REVIEW

Víctor Zotes Valdivia*; Mauricio Vicente Aguila Gómez**; Laura Andrea Conde Flores***

RESUMEN

El objetivo de este artículo es relatar un caso de eventración diafragmática izquierda, observado en la Clínica de la Caja de Salud de La Banca Privada, La Paz-Bolivia, en una paciente femenina de 36 años. Esta patología es una entidad poco frecuente y se presenta en la mayoría de los casos como diagnóstico incidental tras la realización de exámenes complementarios. Además, se expondrá no solo los medios diagnósticos, sino sus causales, el cuadro clínico y la terapéutica actualizada y/o estandarizada, que implica tomar en cuenta en esta patología una vez diagnosticada.

Palabras claves: hernia, diafragma, malla.

ABSTRACT

The aim of this article is to report a case of left diaphragmatic eventration, observed in a 36-year-old female patient at the Hospital-Clinic of the Caja de Salud de La Banca Privada, La Paz, Bolivia. This pathology is a rare entity and presents in most cases as an incidental diagnosis after complementary examinations. In addition, not only the diagnostic means will be exposed, but also its causes, the clinical picture and the updated and/or standardized therapy, which implies taking into account this pathology once diagnosed.

Key words: hernia, diaphragm, mesh.

* Especialista en Cirugía General y Laparoscópica
Sub Especialista en Cirugía Torácica y Videotoracoscopia Avanzada
Miembro Titular de la Sociedad Boliviana de Cirugía Cardiororácica
<https://orcid.org/0000-0002-7147-4954>

** Especialista en Cirugía General y Laparoscópica Avanzada
Miembro titular de la Sociedad Boliviana de Cirugía General capitulo La Paz
Docente catedra de cirugía UNIFRANZ Sede La Paz – El Alto
<https://orcid.org/0009-0000-3777-1595>

*** Médico Residente de Cirugía General
Caja de Salud de la Banca Privada, La Paz
<https://orcid.org/0009-0008-0938-8415>

CENTRO DONDE SE REALIZO EL TRABAJO DE INVESTIGACION:

SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y TORACICA
CLINICA CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA LA PAZ – BOLIVIA

Responsable: Dra. Laura Andrea Conde Flores
E-mail: condefloreslaura1994@gmail.com
Celular: 72569099

INTRODUCCION

La eventración diafragmática (ED) es una forma especial de hernia diafragmática “sin separación muscular de las fibras tendinosas del diafragma”, no se produce disrupción entre el diafragma y los márgenes costales; esta primera descripción fue realizada por Petit en 1790¹.

Se define como la elevación anormal y permanente de una parte o de todo el diafragma sin presentar defectos de continuidad con desplazamiento ascendente del contenido abdominal. No se tiene una incidencia exacta, pero oscila entre 1 en 10.000 pacientes, frecuente en el sexo masculino y una mortalidad del 18%².

Dentro sus causas se consideran 2 grupos^{3, 4}: *a) congénito*: atrofia o deficiencia congénita del diafragma, hepatomegalia, secuestro pulmonar lobar, deficiencia de la parrilla torácica. *b) adquirido*: parálisis del nervio frénico, absceso subfrenico, traumatismo del diafragma.

El cuadro clínico puede tener dos directrices: *a) sintomatología gastrointestinal*: dispepsia o epigastralgia, saciedad temprana, meteorismo, náuseas y vómitos; hasta cuadros severos de reflujo y/o obstrucción intestinal alta. *b) Sintomatología respiratoria*: palpitaciones, disnea, taquipnea, ortopnea, cianosis, llevando a cuadros de neumonías.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente femenina de 36 años de edad, referida del servicio de gastroenterología, con cuadro clínico de dolor abdominal postprandial, en epigastrio de moderada intensidad, cólico, irradiado a región

costal izquierda, además de disnea de grandes esfuerzos; por lo que asume posición antialgica en decúbito lateral izquierdo con extensión superior de miembro superior derecho; distensión abdominal progresiva, náuseas y vómitos alimenticios no cuantificados. Hiporexia y malestar general. Sintomatología que se exacerba 1 semana previa a consulta, acudiendo en 2 oportunidades a la emergencia.

Antecedente quirúrgico: 2016 cirugía extra institucional antireflujo, internada en UTI por 3 meses y sala de cirugía por 1 mes, no refiere más datos de la misma. Refiere internación por Covid-19 asociada a neumonía complicada el 2020. Niega alergias. Al examen físico en regular estado, piel mucosas hidratadas, pálidas, Signos vitales: F.C.: 95lat./min, P.A.: 90/60mmHg, F.R.: 20resp./min., T: 38°C., Peso: 54Kg. Talla: 1.65mts.

En hemitórax izquierdo se observa 2 cicatrices quirúrgicas de 1cm de diámetro, cardiopulmonar normal abdomen se evidencia cicatriz quirúrgica mediana supra umbilical y cicatrices en flancos aparente de drenajes, con RHA (+) blando no doloroso Blumberg (-), resto de examen semiológico normal, Glasgow 15/15

Cuenta con exámenes imagenológicos: Serie contrastada esófago gastroduodenal: se observa ascenso de fondo gástrico por encima del margen diafragmático izquierdo (**FIGURA 1**). TAC toracoabdominal contrastada donde evidencia elevación diafragmática con retracción hacia caja torácica izquierda de fondo gástrico (**FIGURA 2**). Además, cuenta con laboratorios sanguíneos alterados (**TABLA 1**).

FIGURA 1: Serie esofagogastroduodenal evidencia ascenso fondo gástrico



FUENTE: PROPIA, HISTORIAL CLINICO

TABLA 1: laboratorios secuenciales

Datos laboratoriales	Consulta externa	Pre operatorio	2do dia Post operatorio	5to dia Post operatorio
Glóbulos rojos mm3	3,200,000	3,700,000	3,800,000	3,760,000
Hematocrito %	35	37	38	38
Hemoglobina g/dl	9,3	10,7	11	11
Glóbulos blancos mm3	7,200	8,400	8,700	9,300
Cayados %	0	0	0	0
Segmentados %	70	69	71	70
Glicemia mg/dl	72	74	85	80
Creatinina mg/dl	0,7	0,8	0,8	0,7
T. protrombina seg.	13	12	12	12
Actividad %	75	95	95	100
Proteínas g/dl	4	6	7	7
Albumina mg/dl	2,7	3,4	3,8	4

FUENTE: PROPIA, HISTORIAL CLINICO

FIGURA 2: TAC toracoabdominal contrastada



FUENTE: PROPIA, HISTORIAL CLINICO

Tras la revisión clínico/semiología e imagenológica además de laboratorio, se llega a los diagnósticos de: **eventración diafragmática izquierda, anemia secundaria, desnutrición calórica proteica**

Se llamó a junta médica: Jefatura médica, Gestión de Calidad, Cirugía Torácica, Cirugía General y Gastroenterología. Tras análisis de caso, se considera patología compleja que requiere manejo multidisciplinario y conducta quirúrgica a corto plazo; plan de acción operatorio abordaje torácico. Se realizó junta devolutiva a paciente y familiares para información de tratamiento a seguir.

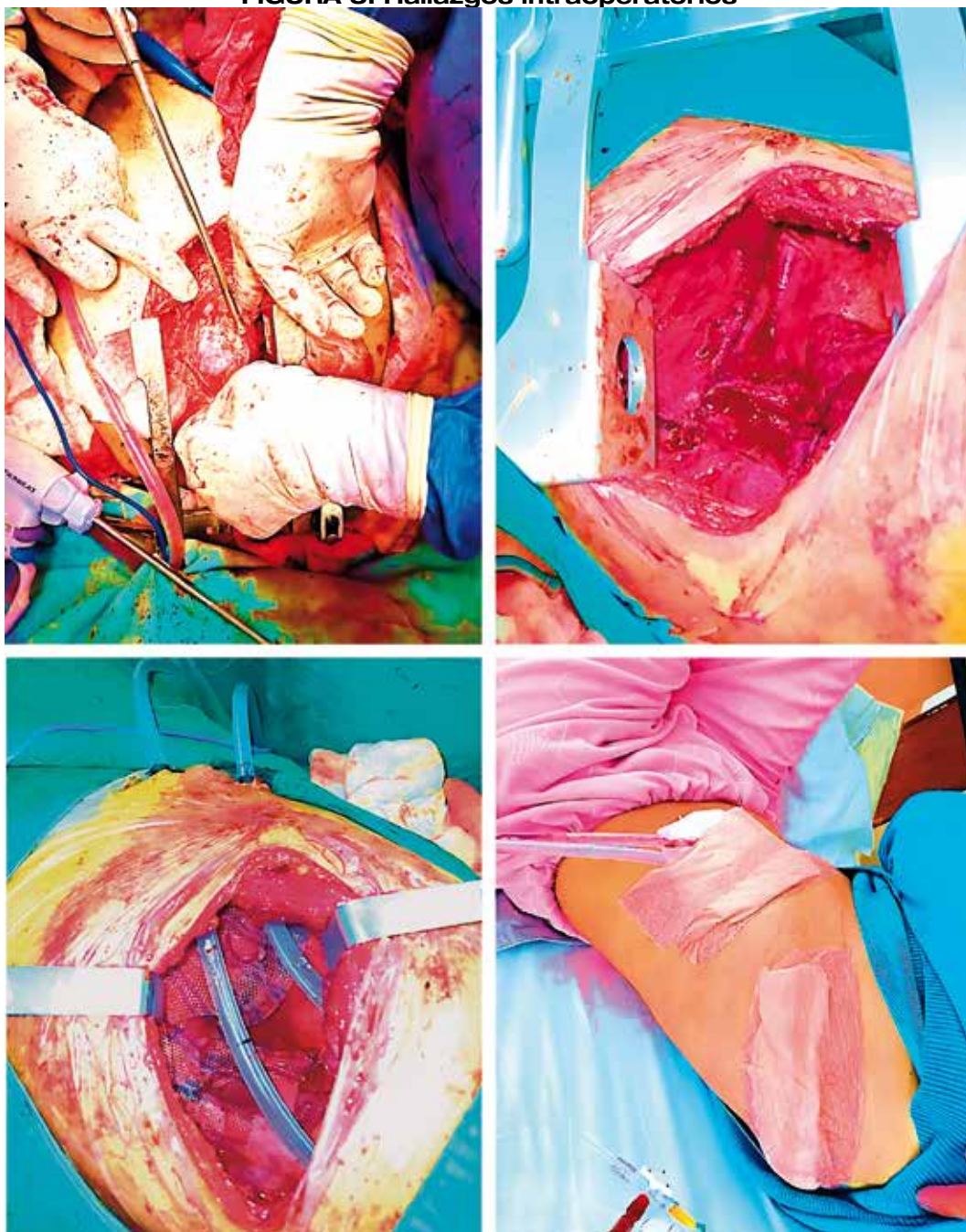
Se internó a paciente y se inició tratamiento: dieta hiperproteica hipercalórica, nutrición parenteral parcial, complejos vitamínicos y oligoelementos además de inhibidores de la bomba de protones y antieméticos. Se solicitó interconsultas para corrección de medio interno. Hematología reporta anemia carencial, indica medicación en base a hierro vía oral y transfusión de 2 unidades de paquete globular. Cardiología reporta riesgo cardiológico Goldman II/IV, con recomendación de mejora de medio interno.

Se realiza nuevo control laboratorio preoperatorio (**TABLA 1**).

Se programa cirugía electiva con equipo multidisciplinario (cirugía torácica, cirugía general, anestesiología, terapia intensiva):

- Paciente en decúbito lateral derecha bajo anestesia general. Toracotomía lateral, se evidencia gran proceso adherencial liberación de sinequias con maniobras romas (**FIGURA 3-A**). Se identifica adherencia gastropulmonar firme, liberación de la misma pero durante proceso se produce perforación accidental de fondo gástrico reparación mediante sutura en 2 planos con vicryl 3-0 surget continuo primera hilera y la segunda Lembert.
- Por excesiva fibrosis, falta de plano de clivaje y laxitud de diafragma, se procede a plicación con prolene 1 puntos simples (**FIGURA 3-B**), instalación de malla de polipropileno y tubos de pleurostomía izquierdos (**FIGURA 3-C**). Fin de procedimiento sin complicaciones, paciente pasa a UTI (**FIGURA 3-D**)

FIGURA 3: Hallazgos intraoperatorios



FUENTE: PROPIA

Durante PO inmediato y mediano no hubo eventualidades; pasó a sala de cirugía posterior a estar 3 días en UTI. Se mantuvo manejo endovenoso de medicación además de controles laboratoriales con gran mejoría; se inicia dieta al 5to día PO, además de RX de tórax de control sin hallazgos patológicos. Se efectuó interconsulta

con fisioterapia quien inicia terapia ventilatoria tanto activa como pasiva. Es dada de alta 7mo día en buenas condiciones (**FIGURA 4**).

Se realizó TAC de control a 2 meses con evidencia de rectificación de cúpulas diafragmáticas (**FIGURA 5**) y seguimiento por 6 meses sin interurrencias.

FIGURA 4: Evolución post operatoria

FUENTE: PROPIA EXPEDIENTE CLINICO

FIGURA 5: TAC contrastada de control

FUENTE: PROPIA EXPEDIENTE CLINICO

DISCUSION

La ED es una patología infrecuente y se diagnostica de forma incidental al realizar RX de tórax en síndrome de dificultad respiratoria o cuadros respiratorios, que conlleva a que el paciente acuda a consulta⁵.

Fisiopatológicamente, se produce debilidad del componente muscular diafragmático. La mayoría de los pacientes son asintomáticos, otro grupo debido a sinequias entre el pulmón y el diafragma, se manifiestan como elevación anormal del hemidiafragma afectado, limitando el proceso de la respiración y el proceso mecánico de amplexión/amplexación, de forma continua generando síntomas respiratorios, al existir esta elevación sostenida, genera tracción de órganos abdominales como el estómago o

intestinales, produciendo sintomatología gastrointestinal⁶.

La imagenología es de utilidad, Rx de tórax, fluoroscopia y TAC contrastada muestran elevación del hemidiafragma, ángulos, o la repleción del contraste administrado por encima de la cúpula diafragmática.

Los diagnósticos diferenciales son: enfisema lobar congénito y en caso de presentarse en el lado derecho, efusión pleural derecha, tumores o quistes hepáticos.

A pesar de la baja morbimortalidad, el tratamiento es discutido, ya que la decisión dependerá del paciente y del cirujano tratante; algunos optan por no operar si el paciente es asintomático. Pero en pacientes sintomáticos, el manejo quirúrgico, reporta en los casos publicados, altas expectativas de resolución completa, ya que busca estabilizar el diafragma y evitar movimientos paradójicos que conllevan a síntomas respiratorios o digestivos. La técnica quirúrgica descrita en la literatura es variada, que va desde técnicas mini invasivas como VATS hasta técnicas tradicionales a cielo abierto. Pero todas tienen la misma finalidad la cual es la plicación diafragmática con o sin malla.

Al ser una patología compleja, el tratamiento debe ser razonado, sistematizado, individualizado y multidisciplinario, sobre todo en cuadros con desenlace quirúrgico^{7,8,9}.

El pronóstico en general es bueno, y las probables complicaciones son: infección pulmonar crónica, ruptura diafragmática, úlceras y vólvulo de estómago ^{10, 11}.

En relación a nuestra paciente la causa de ED fue adquirida aparentemente post traumática, en relación a la sintomatología cursaba con datos gastrointestinales y respiratorios; los exámenes imagenológicos fueron los que guiaron en el diagnóstico final. El manejo fue multidisciplinario ya que por los antecedentes se debía de tomar la mejor conducta y tras la cirugía que fue

la plicación mas malla de polipropileno, existió remisión total del cuadro clínico que la aquejaba.

CONFLICTO DE INTERES

Los autores declaran no tener conflicto de interés

AGRADECIMIENTOS:

A la paciente y familiares por autorizarnos para poder compartir información de esta rara y poco frecuente patología. Al comité editorial por difundir las experiencias científicas vividas día a día en la labor medica

REFERENCIAS

- 1) Souza L., Centellas S., Parra M., Fregoso L., García J., Rosales E., Zaragoza J. Romero T., *Eventración diafragmática en el adulto reporte de un caso*, Rev Fac Med UNAM, 2016; 59 (3): 17-21
- 2) Sanchez P., Criales J., *Eventración diafragmática. Presentación de un caso*, Gac Méd Méx, 2004; 140 (3): 353-54
- 3) Malo R., Herranz X., Maestre J., Carrasco M., Rossell A., *Eventración diafragmática izquierda en un adulto con síntomas de fallo cardiaco derecho reporte de un caso raro*, Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI), 2019; 4(1): 30-2
- 4) Groth S, Andrade R. *Diaphragm plication for eventration or paralysis: a review of the literature*. Ann Thorac Surg. 2010;89(6):S2146-50
- 5) Guzmán C., Hernández R., Soto M., Hinojos L., *Eventración diafragmática congénita en un paciente de nueve meses: presentación de caso clínico y revisión , de la literatura*, Neumol Cir Torax, 2017; 76, (1): 24-9
- 6) Lau-Gary TE, To-Andrew CY. *Eventration of the right hemidiaphragm with resultant right atrial compression: a rare finding*. Echocardiography. 2016;33(9): 1432-143
- 7) Ortega P., Facy O., Cheynel N., Rat P., *Tratamiento quirúrgico de las eventraciones diafragmáticas*, Rev EMC Tec Quir Ap Digest, 2018; 34, (3): 1-7
- 8) Rombola C., et al., *Tratamiento de la eventración diafragmática en adultos mediante plicatura diafragmática asistida por videotoracoscopia. ¿Es una técnica difundida en nuestro medio? Revisión de la literatura, resultados de una encuesta nacional*, Rev Cir Esp, 2014; 92 (7): 453-62
- 9) Ruggeri M., Valiente R., Amicucci R., Lucilli N., *Eventracion diafragmática una enfermedad poco frecuente*, Rev Argent Cirug 2014; 106(4):241-3
- 10) Gazala S, Hunt I, Bedard E. *Diaphragmatic plication offers functional improvement in dyspnoea and better pulmonary function with low morbidity*. Interact Cardiovasc Thorac Surg. 2012;15: 505-8
- 11) López F., *Presentación de un paciente con eventración diafragmática*, Rev CCM, 2014; 18(3): 557-63