

Eventración diafragmática. Una enfermedad poco frecuente *Diaphragmatic hernia. A rare disease*

Matías R. Ruggeri, Rubén Valiente, Roberto Amicucci, Norberto Lucilli

Hospital General de
Agudos "J. M. Ramos
Mejía". Buenos Aires.
Argentina

Correspondencia:
matiasruggeri@hotmail.
com:

El diafragma es el principal músculo inspiratorio; su contracción y relajación permiten generar 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 de la respiración, se inicia su atrofia y queda adelgazado y sin fuerza, lo que provoca el abombamiento del músculo hacia el tórax, conocido como eventración diafragmática o diafragma en *parachut*. En 1916, Wood propuso la plicatura del diafragma como tratamiento, pero solo en 1923 Morrison publicó la primera plicatura quirúrgica exitosa del diafragma.⁴

Paciente varón de 72 años con antecedentes de tuberculosis pulmonar en su adolescencia, que requirió en 2 oportunidades sucesivas drenajes por neumotórax a ambos lados. Consulta por disnea funcional grado II, dolor en hemitórax izquierdo y pirosis de seis meses de evolución. Se solicita radiografía y tomografía computarizada (TC) de tórax, que evidencian elevación de hemidiafragma izquierdo aparentemente sin solución de continuidad y presencia de vis-

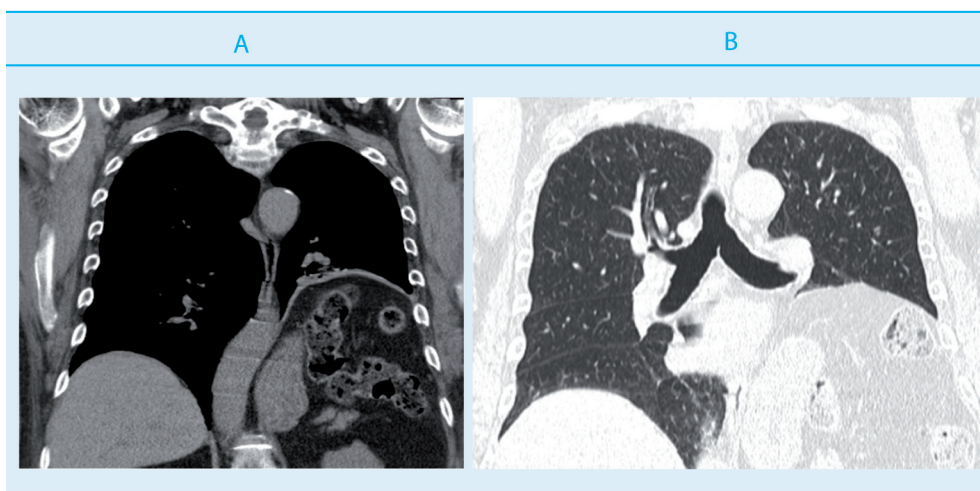
ceras abdominales ascendidas hacia el tórax (Fig. 1).

Debido a la progresión de los síntomas se decide operar, comenzando por videotoracoscopia pero, luego de infructuosas maniobras para liberar las múltiples y firmes adherencias pleuroparietales, se convierte a toracotomía axilar vertical y se realiza la plicatura diafragmática con colocación de malla de polipropileno (Fig. 2).

La evolución fue favorable, con mejoría sintomática y radiológica (Fig. 3). El egreso hospitalario se produjo al tercer día posoperatorio, sin complicaciones alejadas.

La eventración diafragmática es muy rara, con una incidencia de 1:10 000 casos. Según su etiología, puede ser congénita o adquirida. La primera se debe a la atrofia congénita de las fibras musculares del dia-

FIGURA 1



Recibido el
08 de julio de 2014
Aceptado el
14 de octubre de 2014

TC de tórax: cortes coronales en ventanas mediastinal (A) y de parénquima (B), evidenciando eventración diafragmática izquierda

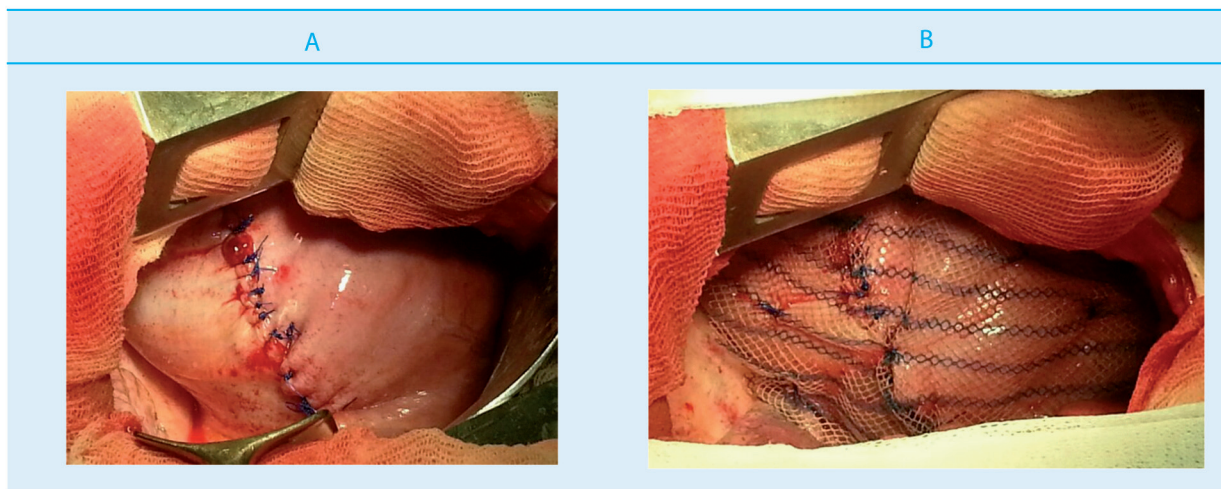
fragma y su transformación fibrosa; el hemidiafragma izquierdo es el más afectado con una relación de 5:1. Cuando el comprometido es el derecho, generalmente la lesión cursa de manera asintomática dado que el hígado impide el ascenso de las vísceras abdominales. La adquirida se produce por atrofia de los músculos diafragmáticos secundaria a lesión de uno o ambos nervios frénicos. Generalmente, el paciente se encuentra asintomático y no manifiesta un cuadro clínico característico debido a que la debilidad del hemidiafragma es gradual y el otro hemitórax va compensando la función respiratoria. Cuando aumenta el tamaño de la eventración aparecen la disnea, el dolor torácico e incluso síntomas gastrointestinales.¹

Se han utilizado diferentes técnicas de plicatura diafragmática. Todas ellas buscan reducir la superficie frénica redundante y así lograr descenderla, regre-

sando las vísceras ascendidas a su posición normal. La utilización de mallas protésicas refuerzan la línea de sutura, disminuyendo la tasa de recidivas.² Está descrito en la literatura mundial que la técnica quirúrgica de reparación va encaminada a dar mayor soporte al músculo diafragma, ya sea con plicatura muscular solamente o plicatura más la adición de material protésico en el sitio de sutura con mallas sintéticas de polipropileno, Dual Mesh (Gorotex) o Mersilene.³

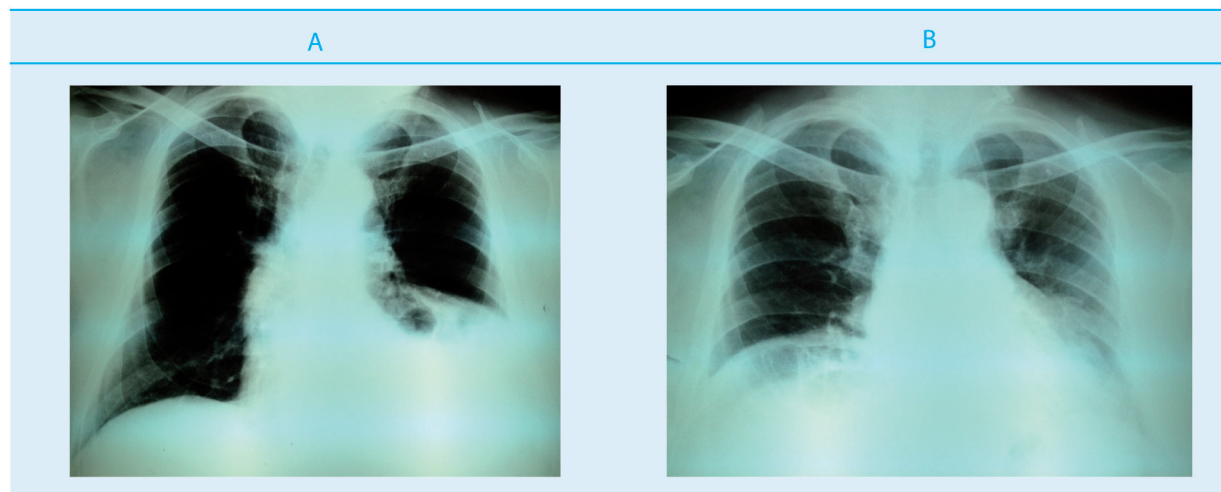
Si bien esta condición es rara y la mayoría de los pacientes adultos cursan asintomáticos, al momento de aparecer síntomas, obliga a la realización de estudios complementarios y resolución quirúrgica. La plicatura diafragmática es el procedimiento de referencia (*gold standard*) para el tratamiento de esta patología, que puede ser reforzada con una malla protésica.

FIGURA 2



A: plicatura diafragmática con puntos de polipropileno. B: refuerzo con malla protésica

FIGURA 3



Radiografías de tórax del preoperatorio (A) y posoperatorio (B)

Referencias bibliográficas

1. Deslauriers J. Eventration of the diaphragm. Chest Surg Clin North Am. 1998; 8(3): 315-30.
2. Di Giorgio A, Cardini CL, Sammartino P, et al. Dual-layer sandwich mesh repair in the treatment of major diaphragmatic eventration in an adult. J Thorac Cardiovasc Surg. 2006;132:187-9.
3. 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.
4. Kernstine K, Limmer K, Grannis F, Tiep B. Plicatura quirúrgica del diafragma por parálisis y eventración. Cirugía del Tórax. 2009; 129:1077-82.