



V-080 - ABORDAJE MÍNIMAMENTE INVASIVO PARA EL TRATAMIENTO DE LA PARÁLISIS DIAFRAGMÁTICA IDIOPÁTICA

Núñez Guerrero, Paloma¹; Giraldo Ospina, Carlos Fernando²; Mongil Poce, Roberto²; Gil Rendo, Aurora¹; Alberca Páramo, Ana¹; Sánchez Forero, Juan Antonio¹; Picón Rodríguez, Rafael¹; Martín Fernández, Jesús¹

¹Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real; ²Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Introducción: El diafragma, como órgano toracoabdominal, juega un gran papel a nivel de la ventilación pulmonar como principal músculo respiratorio, además desempeña importantes funciones en la fisiología gastroesofágica y sirve como barrera al separar las cavidades torácica y abdominal. De ahí la importancia del abordaje quirúrgico de este órgano fibromuscular en los casos que se vea comprometida tanto su estructura como su funcionalidad. La parálisis diafragmática unilateral, la gran mayoría de las veces es un hallazgo radiológico, subestimada por la presencia de muchos casos asintomáticos. La etiología en la gran mayoría de los casos suele ser idiopática, pero ante la presencia de la misma incita a descartar un componente de origen orgánico. La indicación quirúrgica está dada por la presencia de síntomas sobre todo de predominio respiratorio como insuficiencia ventilatoria y disnea, o síntomas digestivos como dispepsia. La cirugía mínimamente invasiva se perfila como el abordaje más idóneo para la resolución de estructuras tan funcionales como lo es el diafragma.

Caso clínico: Abordaje videotoracoscópico triportal en patología diafragmática idiopática unilateral izquierda resueltas bajo técnica mínimamente invasiva. Varón de 57 años que acude al Servicio de Neumología por aumento de disnea paulatina de un año de evolución y aparición reciente de ortopnea. En la radiografía de tórax realizada en el Servicio de Urgencias se visualiza elevación del hemidiafragma izquierdo. Se solicita resonancia magnética craneal, cervical y TC torácico sin evidencia de lesiones cerebrales, mediastínicas o pleurales que expliquen el origen de la parálisis diafragmática. Las pruebas funcionales respiratorias mostraron los siguientes resultados: volumen espirado máximo en el primer segundo de la espiración forzada (FEV1): 67%, capacidad vital funcional (FVC): 64%. Se planteó realizar una plicatura diafragmática videoasistida toracoscópicamente por medio de 3 puertos. Se procedió a la retirada del drenaje endotorácico a las 24 h postoperatorias y al alta a los 3 días de ingreso. La radiografía de control a los 3 meses mostró un adecuado posicionamiento del diafragma. Se evidenció en el postoperatorio de seguimiento inmediato (3 meses) una mejoría en sus pruebas funcionales respiratorias basales en un 14% respectivamente. Se produjo asimismo la desaparición de su ortopnea con la consecuente mejoría de la disnea y calidad de vida.

Discusión: La plicatura diafragmática realizada por cirugía mínimamente invasiva es la opción más idónea en aquellos pacientes con sintomatología respiratoria. Rehabilitando así el diafragma de forma estructural y funcional, con un abordaje menos agresivo y con buenos resultados

respiratorios, aumentando un 14% su capacidad vital funcional, aboliendo su sintomatología y mejorando su calidad de vida.