



Medicina de Familia. SEMERGEN

<http://www.elsevier.es/semergen>



482/219 - DISNEA EN PACIENTE CON PARÁLISIS DIAFRAGMÁTICA IDIOPÁTICA

E. Andrés Villares¹, B. Boscà Albert², I. González Delgado² y J. Sainz Sánchez³

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local de Ricla. Ricla. Zaragoza. ²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Calatayud Urbano y Rural. Calatayud. Zaragoza. ³Residente de Radiología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Paciente sin antecedentes médicos de interés, que acude a consulta por disnea de medianos esfuerzos (NYHA 2) de 8 meses de evolución y sensación de palpitaciones esporádicas que relaciona con el estrés. Refiere dolor en hemitórax derecho irradiado a cuello en relación con los movimientos respiratorios y ortopnea. No tos, pérdida de peso, fiebre ni otra sintomatología asociada. No fumador. Contacto con amianto hace 8 años.

Exploración y pruebas complementarias: En consulta se le objetiva TA 160/100, Sat O₂ 98%. A la auscultación cardiaca: rítmico a 60 lpm sin soplos. A la auscultación pulmonar roncus diseminados e hipoventilación en base derecha. No se palpan adenopatías laterocervicales ni supraclaviculares. No ingurgitación yugular. ECG: Ritmo sinusal a 60 lpm, sin alteraciones de la repolarización. Ante los hallazgos se solicita analítica sanguínea con péptido natriurético, radiografía de tórax preferente y espirometría. Desde el servicio de radiología se avisa de que se observa patología aguda, por lo que se deriva el paciente a urgencias. Una vez en urgencias se realiza radiografía de tórax donde se observa atelectasia del lóbulo medio con derrame pleural asociado. Analítica sanguínea normal. Neumología decide comenzar estudio ambulatorio donde realizan la siguiente batería de pruebas: TAC torácico: pérdida de volumen pulmonar derecho por elevación de hemidiafragma homolateral, que condiciona hígado intratorácico y atelectasia compresiva del LID. No se evidencia derrame ni adenopatías. PET-TAC: elevación de hemidiafragma derecho por probable parálisis frénica. Fibrobroncoscopia: disminución luminal de árbol bronquial derecho por desplazamiento diafragmático. Lavado broncoalveolar: microbiología y citología negativo. Espirometría: normal.

Orientación diagnóstica: Parálisis diafragmática idiopática.

Diagnóstico diferencial: Tumoración mediastínica, tumoración pulmonar, polineuromiopatía o atelectasia pulmonar.

Comentario final: La parálisis diafragmática unilateral suele cursar de forma subclínica. El hallazgo clínico más frecuente es la disnea de esfuerzo y la ortopnea. La espirometría suele estar dentro de la normalidad o presenta un patrón restrictivo leve. La causa más frecuente es la cirugía torácica pero en pacientes con parálisis incidental, podría deberse a neuropatías posinfecciosas, como la parálisis posherpética.

Bibliografía

1. Windisch W, Schönhofer B, Magnet FS, Stoelben E, Kabitz HJ. Diagnostik und Therapie der gestörten Zwerchfellfunktion. Pneumologie. 2016;70(7):454-61.

Palabras clave: Disnea. Parálisis diafragmática. Atelectasia.