



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



482/1315 - PARÁLISIS DIAFRAGMÁTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Chocano López de Hierro¹, D. González Armas², E. Escalona Canal¹ e I. Alcalde Díaz³

¹Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Laredo. Laredo. Cantabria. ²Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Laredo. Laredo. Cantabria. ³Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Barrera. Castro-Urdiales. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 39 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos, ni hábitos tóxicos ni tratamiento habitual. Acudió a consulta de atención primaria (AP) por tos irritativa y disnea de inicio insidioso tras sobreesfuerzo hacía 4 días, que había ido aumentando progresivamente. No asociaba ningún otro síntoma. Describió catarro autolimitado hacía una semana.

Exploración y pruebas complementarias: Leve taquipnea. T^a: 37 °C, FC 85 lpm, FR 20-25 rpm, Sat O₂ 95%. En la auscultación pulmonar destacaba hipoventilación basal izquierda, por lo que se decidió realizar pruebas complementarias con carácter urgente. El análisis sanguíneo no reveló alteraciones de perfil infeccioso ni coagulopatías, la GSA mostró hipoxemia leve (pH 7,36, pO₂ 67 mmHg, pCO₂ 44 mmHg, SatO₂ 94%), y la Rx tórax evidenció marcada elevación del hemidiafragma izquierdo sin infiltrados agudos, con cámara gástrica en hemitórax izquierdo desplazando silueta cardíaca y tráquea con efecto compresivo. Ante la sospecha de herniación diafragmática, se solicitó TC-torácico, evidenciando eventración diafragmática completa sin objetivarse disrupción. Dada la ausencia de indicación quirúrgica y ante la estabilidad clínico-hemodinámica, fue dado de alta con corticoide inhalado (budesonida cada 12 horas) y control por AP. En consulta de AP se solicitó espirometría (restricción moderada: CVF: 69,5%, FEV1: 74,1%, FEV1/CVF 87,8), y electromiografía (ausencia de respuesta de nervio frénico izquierdo). Ante los hallazgos, se derivó a consulta de Neumología donde se amplió estudio mediante escopia que mostraba inmovilidad del hemidiafragma izquierdo asociado a grave adelgazamiento, y RMN cráneo-medular, que no mostró hallazgos significativos.

Orientación diagnóstica: Parálisis diafragmática izquierda secundaria a viriasis.

Diagnóstico diferencial: Neumonía. Tromboembolismo pulmonar. Hernia diafragmática.

Comentario final: Finalmente, fue derivado a rehabilitación para recibir fisioterapia respiratoria abdomino-diafragmática intensa con incentivador, y continúa en seguimiento por parte de AP. La parálisis diafragmática unilateral (PDU) es más común que la bilateral. Entre las causas se incluyen lesión del nervio frénico tras estiramiento durante cirugía cardíaca, infecciones virales, tumores compresivos o traumatismos. La PDU asintomática no requiere tratamiento. En casos que presenten disnea leve-moderada, mejorarán espontáneamente con alta probabilidad. Si existiesen síntomas significativos y persistentes, estaría indicado tratamiento quirúrgico mediante plicatura

diafragmática.

Bibliografía

1. Caleffi-Pereira M, Pletsch-Assunção R, Cardenas LZ, et al. Unilateral diaphragm paralysis: a dysfunction restricted not just to one hemidiaphragm. BMC Pulm Med. 2018;18:126.

Palabras clave: Parálisis frénica.