



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-039 - HERNIA DIAFRAGMÁTICA TRAS PLICATURA POR PARÁLISIS FRÉNICA

N. González Alcolea, M.M. Córdoba Peláez, S. Crowley Carrasco, L. Macías Sotuela, A. Santana León y A. Varela de Ugarte

Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda.

Resumen

Objetivos: Presentar una dehiscencia de sutura tras plicatura diafrágica, que condiciona paso de estómago y epiplón a tórax, y su reparación.

Caso clínico: Varón de 83 años, con antecedentes de HTA y adenocarcinoma de próstata Gleason 1-2 tratado mediante RTU, en estudio por disnea. En la radiografía de tórax llama la atención una elevación del hemidiafragma izquierdo no presente en placas previas. La TC muestra una masa en mediastino anterior de 63 × 46 mm con calcificación; se realiza PAAF de la misma, compatible con timoma. En la cirugía se observa tumoración tímica que invade grasa mediastínica, pleura y pulmón izquierdos, pericardio y nervio frénico izquierdo. Se realiza resección de la tumoración en bloque junto con grasa mediastínica, pericardio, pleura y segmentectomía atípica de lóbulo superior izquierdo. Dado que la parálisis frénica por infiltración condiciona atelectasia con repercusión clínica, se realiza plicatura de diafragma izquierdo con endograpadora, requiriendo tres cargas. El tercer día postoperatorio comienza con cuadro de náuseas sin vómitos y ausencia de deposición. Se realiza radiografía de tórax en la que se aprecia burbuja gástrica en hemitórax izquierdo hasta tercio superior con importante atelectasia secundaria. Con el diagnóstico de hernia diafrágica postquirúrgica se decide cirugía urgente. Se realiza abordaje por toracotomía lateral izquierda. Se objetiva líquido libre serohemático y dehiscencia parcial de la sutura mecánica sobre diafragma, en su parte media, de aproximadamente 4,5-5 cm, en la confluencia de dos líneas de grapas, con paso de la totalidad del estómago y epiplón hacia el tórax. Se realiza reducción del estómago, resección del epiplón necrosado, y sutura del diafragma con dos cargas de TLH 60 que se refuerza con sutura continua con Prolene 0. El paciente evoluciona satisfactoriamente, pasando a planta de hospitalización el 7º día postoperatorio. Finalmente, es dado de alta afebril, estable hemodinámicamente, con buena mecánica ventilatoria, y buena tolerancia oral.

Discusión: Las causas de parálisis frénica unilateral son variadas (infiltración tumoral, lesiones quirúrgicas, aneurismas de aorta, idiopática, etc.). El músculo diafragmático paralizado, al no contraerse, actúa como una membrana flácida. En el caso de las parálisis izquierdas, el estómago puede invertirse bajo la cúpula diafrágica, con el riesgo de alteraciones en el vaciamiento gástrico, la disfagia o de vólvulo. Además, las vísceras abdominales comprimen el mediastino y el pulmón, y hay una alteración de la mecánica respiratoria, produciéndose una respiración paradójica, disnea y síndrome restrictivo. La indicación quirúrgica solo se plantea en casos sintomáticos. Clásicamente se describen dos técnicas quirúrgicas, la escisión-sutura de la cúpula y la frenoplicatura. Tienen como objetivo poner en tensión de nuevo el diafragma mejorando la disnea y la capacidad vital. La escisión-sutura (que actualmente se puede realizar con endograpadoras), es una técnica menos utilizada por ser más difícil al estar el músculo atrofiado y retraído, y porque existe alto riesgo de ruptura secundaria de la sutura, como ocurre en nuestro caso. Así, actualmente se prefiere la realización de

plicatura diafragmática sin sección. Finalmente, algunos autores aconsejan el fortalecimiento de la plastia con una malla.