

Casos Clínicos

RELAJACION DIAFRAGMATICA

Dr. FLORENCIO E. ESCARDO *

Cátedra de Pediatría del Prof. A. Ariztia.

Centro de Prematuros del Hospital "Luis Calvo Mackenna".

La relajación diafragmática, eventración diafragmática de los autores sajones, es una entidad caracterizada por un abombamiento, sin solución de continuidad, del diafragma hacia la cavidad torácica. Habiendo tenido la oportunidad de observar un caso en el Centro de Prematuros, consideramos de interés su publicación, no sólo por su escasa frecuencia, sino por tratarse de una relajación del hemidiafragma derecho, pues las del lado izquierdo superan al opuesto en proporción de 9 a 1.

En Chile, Cuevas Ramírez¹, Estévez², Pereira³ y Prat⁴ se han ocupado del tema del acápite.

CASO CLÍNICO

L. P. A., nacido en Maternidad Angel Custodio Sanhueza al séptimo mes de un embarazo sin complicaciones, con un peso de 1.900 grs. Exámenes de la madre negativos durante la gestación. Padre con serología negativa. Antecedentes maternos: un aborto espontáneo y un parto prematuro de 8 meses muerto en su domicilio a los pocos días de edad, cuya causa se ignora.

Ingresa al Centro de Prematuros del Hospital Luis Calvo Mackenna a las tres horas de edad. Examen al ingreso: llanto débil y quejumbroso, ligera ictericia de la piel, turgor algo disminuido. Cráneo blando, bregma a nivel, suturas palpables. Discreto edema facial, ligera protrusión ocular. Tórax: respiración pueril, zona de subcréptos axilar anterior izquierda. Tones cardíacos débiles. Abdomen depresible, se palpa

higado a un centímetro del reborde. Extremidades: cianosis de las manos.

Mantenido en incubadora con oxígeno a permanencia. Marcada ictericia los siete primeros días, que después disminuye hasta desaparecer. Cianosis peribucal y de las extremidades más acentuada con el llanto. Temblor de las extremidades, más marcado en las superiores, sin otro signo neurológico concomitante.

A los 9 días de hospitalización se auscultan estertores finos en tercio medio anterior izquierdo. Al destapar la incubadora y con el llanto se acentúa la cianosis. Se alimenta con sonda. Sube de peso. Llanto fuerte, persiste la cianosis en crisis. Al acostarlo sobre el lado derecho, el niño está tranquilo mientras que al hacerlo sobre el izquierdo presenta intensa cianosis. A los 19 días persiste cianosis discreta y presenta conjuntivitis y rinitis purulentas. Continúa alimentándose bien y aumenta de peso. A los 24 días persisten las crisis de cianosis. A causa de una ligera asimetría torácica (depresión del hemitórax derecho durante la inspiración) se pide radiografía de tórax, que pone en evidencia una relajación diafragmática con ascenso del higado hasta el arco anterior de la cuarta costilla, dejando libre el lóbulo inferior por detrás de él (Fig. 1).

Fuera de una anemia de 2.500.000 tratada con tres transfusiones según esquema del Servicio, la evolución sigue satisfactoria y sin alternativas dignas de señalar. Una segunda radiografía practicada un mes después no muestra variación respecto a la anterior. Se plantea a los padres una intervención quirúrgica, la cual rechazan. A solicitud de ellos se da de alta pesando 2.820 gramos. Pocos días después de su alta es traído de urgencia al Hospital por cuadro febril, falleciendo en el trayecto.

Autopsia: Encéfalo: hiperemia acentuada de las meninges blandas y hemorragias subaracnoideas difusas

* Becado argentino.

Figura N^o 1

Obsérvese la relajación total del hemidiafragma derecho.

no muy extensas de la convexidad. Al corte masa encefálica, cerebelo, protuberancia y bulbo intensamente cianóticos. Lengua, laringe, tráquea, faringe y esófago cianóticos. Al abrir el tórax se encuentra la cavidad pleural derecha muy disminuída de tamaño por elevación del hígado que la ocupa en su casi totalidad. Levantado el diafragma se encuentra el pulmón derecho colapsado en el plano posterior. Pulmón izquierdo de color rosado, ligeramente cianótico; consistencia aumentada de los lóbulos inferiores. Al corte ligeramente edematoso. Pulmón derecho: pequeño, delgado, color rosado, ligeramente cianótico, con petequias subpleurales. Consistencia aumentada, se mantiene a flote. Corazón aumentado de tamaño a expensas del ventrículo izquierdo. Miocardio de dicho ventrículo mide 8 mm. de espesor en su pared anterior: derecho 2 mm. Resto de aspecto normal. Hemidiafragma derecho muy elevado, constituido en su mayor parte por una lámina fibrosa, transparente y muy delgada. Hemidiafragma izquierdo normal. Hígado se encuentra en la cavidad que le forma el diafragma. En su cara anterior presenta un levantamiento del tamaño de un huevo de gallina. Forma irregular. Al corte de color amarilligrisáceo, de estructura borrada. Vesícula biliar pequeña, colocada en el lecho vesicular, contenido bilio-mucoso. Vías biliares permeables. Estómago aumentado de tamaño, muy dilatado, de paredes delgadas pliegues borrados, mucosa cianótica.

Histología: Pulmón izquierdo: hiperémico y ligeramente edematoso, moderado enfisema. Se ven macrófagos en algunos alvéolos. Pulmón derecho: hiperémico, con atelectasia difusa, en los alvéolos atelectasiados se ven grandes grupos de macrófagos. Conductos alveolares dilatados y algunos tabiques rotos. Hígado y riñones hiperémicos.

COMENTARIO

Se acepta en la mayoría de los casos el origen congénito³⁻⁵ de este cuadro, aunque numerosas causas traumáticas⁷ o inflamatorias pueden concurrir a desencadenarlo. Apoyando el origen congénito está el hecho de asociarse frecuentemente a otras malformaciones⁸ tales como malposición de las vísceras abdominales, cardiopatías congénitas, riñón ectópico, hipospadias, etc. Los factores traumáticos serían favorecidos por una debilidad congénita preexistente.

Al igual que la hernia diafragmática, su mayor incidencia es en el lado izquierdo en proporción de 9 a 1, habiendo sólo un caso descrito de relajación bilateral⁹. La frecuencia en adultos sería de 1 x 10.000 (radiológica)¹⁰. La sintomatología nada tiene de típica. En muchos casos es silenciosa y puede ser un casual hallazgo radiológico. A veces es una molestia referida a otro sistema (gastrointestinal, circulatorio, etc.) la que pone sobre la pista.

Laxdal et al.¹¹ extraen de su revisión dos tipos de cuadros: el agudo, del período neonatal, caracterizado por episodios de cianosis (caso nuestro) con disnea, taquicardia, susceptible de tratamiento quirúrgico y el crónico, de variada sintomatología, propio de los adultos: con molestias postprandiales, plenitud, accesos de tos, eructos, dolor en el cuadrante superior, hipo, dolor irradiado al brazo correspondiente, etc. Se describe también en algunos adultos el comienzo súbito siguiendo a algún esfuerzo que aumenta excesivamente la presión intraabdominal.

Es casi imposible hacer el diagnóstico por el solo examen clínico, siendo en general la radiografía un método indispensable para llegar a él. Una disminución de la excursión diafragmática o una retracción del hemitórax (caso nuestro) puede orientar la búsqueda. La disminución de las vibraciones vocales y la percusión diferentes según se trate del estómago o del hígado pueden también servir de orientación. Se impone un minucioso examen radiológico que ayudará a descartar lesiones del frénico, pleuresía, absceso subfrénico, hernia diafragmática, etc.

Los hallazgos anátomo-patológicos van desde la falta de músculo en forma de una franja hasta la completa ausencia de él, que, como en nuestro enfermo, está reemplazado por una membrana delgada, fibrosa y transparente.

El pronóstico en cuanto a la afección en sí es favorable, pero depende no sólo del compromiso cardio-circulatorio que puede acarrear sino de los procesos tanto pulmonares como digestivos, que pueden sumarse. El tratamiento consiste en cierre en chaleco o plastia con lámina de tartalum. Tampoco debe descuidarse el aspecto clínico e higiénico: oxígeno, temperatura adecuada, preservación de infecciones, etc.

RESUMEN

Se relata el caso de un prematuro del Centro de Prematuros del Hospital Luis Calvo Mackenna cuyo desarrollo fué aparentemente normal, salvo crisis de cianosis esporádicas que se acentuaban al colocarlo sobre el costado izquierdo. La radiografía de tórax mostró una elevación del diafragma derecho, que colapsaba casi todo el pulmón de ese lado. Fallece por enfermedad intercurrente después de ser dado de alta. La autopsia demostró la existencia

de una relajación diafragmática derecha, con desaparición del componente muscular, que se hallaba reducido a una lámina delgada, fibrosa y transparente.

SUMMARY

A case of a premature with eventration of the right diaphragm who had intermittent cyanosis is reported.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.—CUEVAS RAMIREZ, H. — Sobre relajaciones y lobulaciones del diafragma. Rev. Méd. Chile. 74:589, 1946.
- 2.—ESTEVEZ, R. — La relajación diafragmática derecha. (Importancia diagnóstica). Rev. Méd. Chile. 74:644, 1946.
- 3.—PEREIRA, E. — La elevación del diafragma. Tesis. Univ. de Chile, 1930.
- 4.—PRAT, A. — Eventración diafragmática. Rev. Méd. Chile. 70:226, 1942.
- 5.—REED, J. A. y BORDEN, D. L. — Eventration of diaphragm. Arch. of Surg. 31:30, 1935.
- 6.—BAYNE-JONES, S. — (Citado por Laxdal).
- 7.—WHEATLAY, F. B. — (Citado por Laxdal).
- 8.—BAYNE-JONES (6).
- 9.—LONDON, J. F. — Eventration of diaphragm. J. Pediat. 8:539, 1936.
- 10.—LANDAL, O.; Mc. DOUGALL, H. y MELLIN, G. Congenital eventration of the diaphragm. New Engl. J. of Med. 250:401, 1954.
- 11.—LAXDAL et al. (10).

*
* * *