

Ciudad Sanitaria La Paz. Madrid.
Departamento Central de Cirugía
Torácica (Director: Dr. C. Martínez-
Bordiu)

INVERSION DE HEMIDIAFRAGMA DERECHO

J. López Pujol, J. Lago Viguera, L. Schacke de Miguel, F. Canseco González y
J. Rico Blázquez.

Introducción

Se presentan dos casos de inversión hemidiafragmática derecha debidas a masas ocupantes de espacio de más de dos kilogramos de peso ambas en el hemitórax derecho.

Sólo hemos encontrado un caso descrito en la literatura¹ y queremos insistir en la absoluta necesidad de la práctica del neumoperitoneo diagnóstico para la localización de estas lesiones, pues estamos seguros de que, a pesar de lo raro de esta patología más de una vez pueden pasar desapercibidas en los procesos enmarcados en la llamada «patología frontera» entre los procesos torácicos y en los propiamente abdominales.

El motivo de este artículo es la demostración iconográfica de este hecho poco frecuente en la patología del diafragma y órganos adyacentes, queriendo reclamar la importancia de su demostración en cuanto a diagnóstico anatómico de localización de las lesiones que pueden provocarlo y en relación a su repercusión quirúrgica esencialmente en lo que a la vía de abordaje se refiere.

Casos Clínicos

Caso 1. Se trata de una mujer de 37 años (C.L.S.) con antecedentes de contacto con animales (perros y ovejas) y sin antecedentes familiares de interés.

Desde dos meses antes de su ingreso en nuestro servicio, comenzó con dolor en ambas zonas lumbares que persistían las 24 horas y que se irradiaban por plano posterior a punta de escápula sin exacerbaciones ni con la tos ni con los movimientos respiratorios. Presentaba tos seca y disnea de grandes esfuerzos.

En uno de estos cuadros dolorosos es vista por su médico de cabecera que la diagnóstica de cólico hepático y la trata como tal. El cuadro no cede y es vista por su especialista que con el diagnóstico de hidatidosis hepatopul-

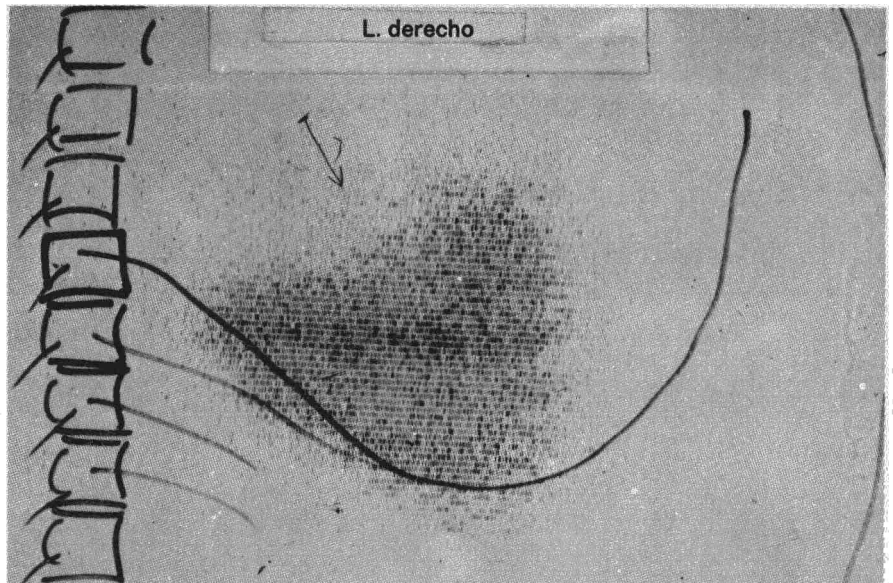
monar, la envía a nuestro servicio para su tratamiento quirúrgico.

En la exploración física sólo cabía resaltar una marcada disminución de la excursión respiratoria en la base derecha, así como matidez y abolición del murmullo vesicular en dicha base. Hígado a tres traveses.

Radioscópicamente se apreciaba una masa inmóvil que ocupaba casi todo el hemitórax derecho. No habían signos de penduleo mediastínico.

En la gammagrafía hepática se apre-

Fig. 1. Escintigrafía hepática en la que se aprecia desplazamiento del parénquima hacia abajo y hacia la izquierda.



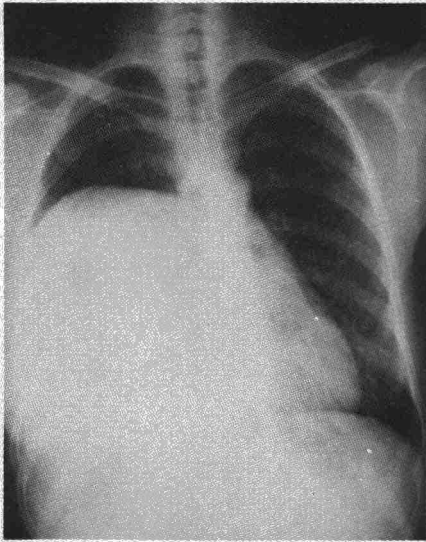
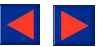


Fig. 2. Radiografía posteroanterior de tórax en la que se aprecia una gran masa redondeada de bordes nítidos y densidad homogénea aparentemente intrapulmonar que no permite distinguir el hemidiafragma derecho.

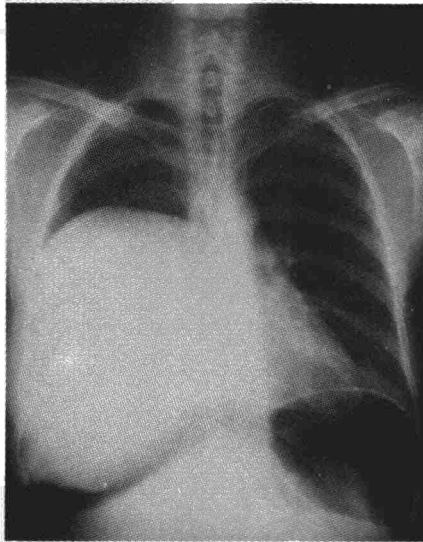


Fig. 3. Radiografía AP tras neumoperitoneo diagnóstico en el que se aprecia la convexidad diafragmática invertida.



Fig. 4. Radiografía lateral de tórax tras práctica de neumoperitoneo diagnóstico en la que se aprecia bien la inversión de la convexidad diafragmática derecha.

ciaba desplazamiento del parénquima hepático hacia abajo y hacia la izquierda. (fig. 1)

Radiológicamente masa densa en hemitórax derecho de densidad homogénea en la que no se visualiza diafragma. (fig. 2). Se practicó neumoperitoneo objetivándose la convexidad diafragmática invertida (fig. 3 y 4) por el peso de la masa ocupante.

La enferma fue intervenida hallando un quiste hidatídico gigante (diámetro del quiste 25 cm por 15), que ocupaba prácticamente todo el hemitórax derecho. Se aspiraron 2.800 de líquido hidatídico y se practicó lobectomía inferior derecha. El resto del parénquima se reexpandía bien y la enferma cursó con un postoperatorio normal.

Caso 2. Corresponde a otra mujer, de 36 años de edad (J.G.D.) con antecedentes personales sin interés.

Desde el segundo trimestre de su última gestación presentaba un cuadro de catarro bronquial con recurrencias. Un mes y medio antes de su ingreso tuvo dolor de hemitórax derecho y disnea a los medianos esfuerzos. Así ingresó en el Servicio de Maternidad dando a luz a un hijo prematuro sin complicaciones.

En el postparto inmediato (un mes antes de su ingreso) presentó un cuadro de insuficiencia respiratoria aguda, apreciándose derrame pleural derecho que se drenó extrayéndose 1.500 cc de líquido cuyas características no relatamos.

A los 15 días de este episodio el cuadro se repitió siendo enviada a nuestro Departamento con el diagnóstico de Pionemotórax derecho para tratamiento quirúrgico si procedía.

A la exploración era una enferma obesa con ausencia de murmullo vesicular en el hemitórax derecho salvo el vértice que ventilaba bien. El resto de los datos no aportaban nada más.

Dada la exploración radiológica (fig. 5) y la radioscopia (masa inmóvil y sin penduleo que ocupaban las tres cuartas partes del hemitórax derecho), se necesitaba descartar patología subfrénica derecha realizándose neumoperitoneo diagnóstico demostrándose inversión diafragmática derecha con muesca hepática bien visible. (fig. 6).

El diagnóstico clínico fue de derrame pleural encapsulado probablemente postnemónico.

La enferma fue intervenida encontrándose una perforación en el lóbulo medio a partir de la cual se creó una gran cavidad empiemática de pared gruesa que colapsaba la mayor parte del parénquima pulmonar. La cavidad contenía unos 1.500 cc de líquido purulento y gran cantidad de esfacelos.

Se hizo resección atípica de la zona fistulosa y se decorticó todo el bolsón empiemático. Buena reexpansión del resto del parénquima. La enferma cursó con un postoperatorio sin complicaciones.

Discusión

Con la presentación de estos dos casos queremos hacer hincapié una vez más en la llamada patología fronteriza entre los procesos torácicos y los abdominales.

En los diversos procesos propiamente diafragmáticos se observa la preponderancia de las lesiones situadas en el lado izquierdo, como ocurre en las eventraciones, descritas ya por Petit, mientras que las elevaciones locales son más frecuentes en el lado derecho.

Las hernias diafragmáticas esencialmente las traumáticas (98-90 %) así como las hernias del agujero de Bodalek (80-90 %) también tienen preferencia por el lado izquierdo².

Según los tratados clásicos un derrame pleural de gran cantidad o una masa intratorácica pueden invertir el hemidiafragma izquierdo, dirigiéndose su convexidad hacia abajo^{1, 2}. Se acepta generalmente que el hígado protege al hemidiafragma derecho en

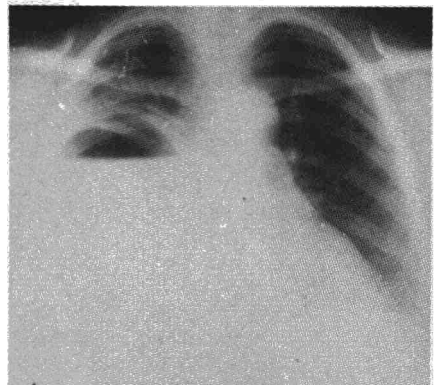
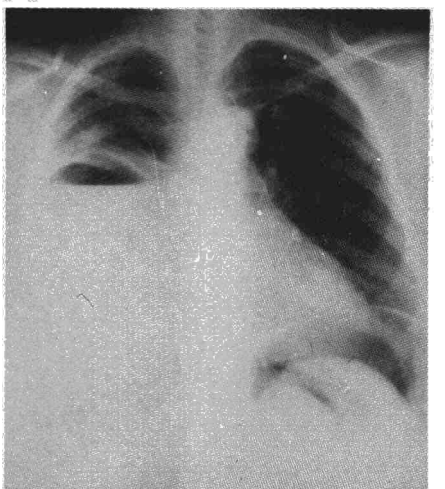


Fig. 5. Radiografía posteroanterior de tórax en la que se aprecia un nivel hidroaéreo y una importante reacción pleural.

Fig. 6. Radiografía posteroanterior tras la práctica de neumoperitoneo. Se aprecia la inversión diafragmática.



circunstancias semejantes^{3, 4}. Al revisar la literatura sólo hemos encontrado un caso de inversión derecha descrito por Felson en un neumotórax a tensión en un niño comprobado en radiografía *post-mortem*.

Así como en el lado izquierdo existen una serie de maniobras que nos pueden ayudar para diagnosticar la inversión (desplazamiento del fundus gástrico, administración de papilla de bario) pensamos que el diagnóstico de certeza de inversión en el lado derecho sólo puede dárnoslo la realización de un neumoperitoneo^{1, 3, 4}. Otra exploración orientativa es la escintigrafía hepática en la que se puede apreciar una escotadura con pseudo-defecto de captación como hemos visto en el primero de nuestros casos.

La conclusión que queremos sacar al presentar estos dos casos de patología frecuente en nuestro país (un quiste hidatídico y un derrame encapsulado) es que la inversión del hemidiafragma derecho no es una entidad tan rara, que debemos tener siempre presente y fácilmente demostrable con una exploración relativamente inócua en nuestro medio hospitalario

(neumoperitoneo), y muy importante para planificar la terapéutica posterior, esencialmente quirúrgica.

Finalmente, queremos dejar constancia de la buena evolución postoperatoria de ambas enfermas, así como de la vuelta a su normal posición, con desaparición de la inversión diafragmática, tal como se puede comprobar en la serie de radiografías realizadas después de la operación.

Resumen

Se presentan dos casos de inversión de hemidiafragma derecho debidas a masas ocupantes de espacio de más de dos kg de peso.

Se revisa la literatura encontrándose un solo caso descrito. Se insiste en la necesidad de la práctica del neumoperitoneo diagnóstico para evidenciar dichas lesiones, que pensamos no son tan poco frecuentes. Además, se recalca la importancia de dicha exploración para la localización anatómica de las lesiones en orden a su posible terapéutica quirúrgica.

Summary

INVERSION OF THE RIGHT SIDE OF THE DIAPHRAGM

Two cases of inversion of the right side of the diaphragm due to space-occupying masses weighing over two kilograms are reported.

Reviewing the literature only one other similar case has been described. A diagnostic pneumoperitoneum is the technique of choice to discover these lesions. The authors emphasize the importance of such exploratory method in order to localize the lesions anatomically and to treat them surgically.

BIBLIOGRAFIA

1. FELSON, B.: Chest Roentgenology. W.B. Saunders Co. Filadelfia, pág. 433, 1973.
2. SWINGLE, J.D., LOGAN, R. y JUHL, J.H.: Inversion of left hemidiaphragm. *JAMA*, 208: 863, 1969.
3. MULVEY, R.B.: The effect of pleural fluid on the diaphragm. *Radiology*, 84: 1080, 1965.
4. FRASER, R.G. y PARE, J.A.: Diagnosis of diseases of the chest. W.B. Saunders Co. - Filadelfia. 1973.