

Carteles Zoquipan 2025

Autor / Co-Autores	Hospital	Teléfonos:	e-mail:
LIZETTE HERNANDEZ CALVILLO	Hospital General de Occidente	3311561540	HECL981015MJCRLZ09
ANTONIO FRANCISCO GALLARDO MEZA			GAMA540403319
BRENDA NATALY ARIAS URIBE	Hospital General de Occidente	3314450959	AIUB840924MJCRRR07

CASO CLINICO : 2024 / 0084

Titulo:

Parálisis diafragmática en recién nacido secundaria a lobectomía por malformación adenomatoidea quística, a propósito de un caso.

Tipo de trabajo:

CASO CLINICO

Introducción:

La parálisis diafragmática es la pérdida de contracción del diafragma para realizar inspiraciones adecuadas, la presentación más común es unilateral. Provocando disnea y dificultad respiratoria. Las principales etiologías son: traumática (20%), idiopático (20%), tumores y malformaciones (5%), neuropático, inflamatoria e iatrogénico. Dentro de la causa traumática se divide en contusiones y por procedimientos quirúrgico (cardíaco, mediastínico, esofágico, pulmonar y laparoscópicos).

La sospecha diagnóstica se realiza por radiografía de tórax presentando elevación del ángulo del hemidiafragma afectado en comparación al otro. La prueba de olfateo por fluoroscopia confirma el diagnóstico en el 90%, no obstante, también se encuentran otros métodos diagnósticos por electromiografía, ultrasonido, tomografía computarizada y resonancia magnética dinámica. El soporte ventilatorio en caso de requerimiento se considera la base de tratamiento, mientras que en caso de persistencia está indicado realización de plicatura diafragmática o estimulación del nervio frénico con marcapaso.

Objetivos:

Detectar de manera oportuna parálisis diafragmática en recién nacidos como complicación a quienes se les ha realizado procedimiento quirúrgico pulmonar.

Material y Métodos:

Recién nacido de 38 SDG con antecedente de madre 19 años sana, padre 23 años fuera núcleo familiar. Producto primera gesta con 4 consultas de control prenatal y 4 ultrasonidos uno de ellos reportándose con tejido pulmonar de ecogenicidad aumentada, a descartar anomalías del desarrollo MAQ vs secuestro pulmonar. Madre presenta datos de preeclampsia con datos de severidad. Se obtiene producto por vía abdominal no vigoroso, requiriendo un ciclo de VPP, APGAR 7/9, Desaturaciones 70-75% y mal patrón respiratorio requiriendo piensa en T por 10 minutos, A los 2 minutos con SA 4, colocando CPAP hasta el día 8vo de vida, posteriormente pasa a quirófano en su 11vo día de vida en el que se realiza toracotomía posterior izquierda y lobectomía superior izquierda confirmando diagnóstico de malformación adenomatoidea quística tipo II con componente macro y micro quística negativo a malignidad, a los 13 días de vida comienza con datos de dificultad respiratoria reportando neumotórax por radiografía con adecuado manejo, el 17vo día de vida se evidencia levantamiento de diafragma izquierdo sospechando en parálisis diafragmática por lo que se solicita prueba de olfateo por fluoroscopia. Se realiza fluoroscopia a los 24 días de vida en el que se observa parálisis diafragmática izquierda manejado de manera conservadora con puntas de alto flujo. Al 39vo día de vida pasa a quirófano para realización de plicatura diafragmática izquierda. Al quinto día postquirúrgico se egresa con oxígeno a flujo libre a 1lts/min.

Carteles Zoquipan 2025

Resultados:

no aplica para caso clinico

Conclusiones:

No se ha reportado incidencia de parálisis diafragmática en recién nacidos secundaria a procedimiento quirúrgico pulmonar, solo se menciona el porcentaje de incidencia relacionado a procedimiento quirúrgico cardiaco. Es un caso interesante debido a que la parálisis diafragmática es un fenómeno subestimado asociado a perdida significativa de función pulmonar.