



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/4013 - ÉSTA RX TIENE MALA PINTA

J. Cepeda Blanco^a, M. El Sayed Soheim^b, I. Mantiñan Vivanco^b, N. Santos Méndez^c, E. Lino Montenegro^d y M. Carlos González^e

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Santander. Cantabria. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. ^cMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria. ^dMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. ^eMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Centro de Salud Cazoña. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 82 años Exfumador de 15 paq/año desde hace 3 años. HTA, EPOC leve. IQx: apendicectomía, herniorrafia inguinal derecha. Derivado desde su CS por disnea de 10 días de evolución, hasta hacerse de reposo y asociada a ortopnea de 2 almohadas, sin aumento del perímetro de EEII. El cuadro se acompaña de dolor abdominal de tipo cólico, con distensión abdominal progresiva. No náuseas ni vómitos. Hábito intestinal estreñido, que ha precisado enemas a días alternos desde hace meses, pero que son efectivos y sin encontrarse productos patológicos en las heces. Su MAP le recetó Pulmicort y Seguril inicialmente, sin mejoría. Posteriormente solicitó Rx tórax ante cuyo resultado deriva al paciente a urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: Estable, SatO₂: 93%, CyO en espacio, tiempo. Eupneico en decúbito. ACP: rítmico, sin soplos. Hipofonosis global. Abdomen: distendido, no doloroso. Timpánico. No masas ni megalias, no peritonismo. EEII: no edemas. No datos de TVP. Analítica normal. Gasometría: pH: 7,32, pCO₂: 85,5, pO₂: 67,6, HCO₃: 42,4, O₂ sat 93,9%. Tórax: dilatación supradiafragmática de asas intestinales con ambos pulmones desplazados hacia hemitórax superiores. Abdomen simple AP: dilatación de asas con posible fecaloma. TC abdómino-pélvico: campos pulmonares disminuidos en volumen, con atelectasias en lado derecho, en relación a hipoventilación. Dilatación de asas de colon transverso con contenido aéreo, sin signos de obstrucción.

Juicio clínico: Síndrome de Chilaiditi + pseudoobstrucción intestinal que condiciona Insuficiencia respiratoria restrictiva.

Diagnóstico diferencial: Neumotórax, ruptura diafragmática aguda.

Comentario final: Se evidencia insuficiencia respiratoria y gran dilatación del marco cólico en la Rx, que condiciona restricción. En TC abdominal no se observa obstrucción. Se comentó el caso con QX general, que desestimó actitud quirúrgica, por no presentar obstrucción clara. Se decide ingreso del paciente en Medicina Interna, e inicio de neostigmina, con la cual evoluciona favorablemente.

Bibliografía

1. Hedblom CA. Diaphragmatic hernia: A study of three hundred and seventy eight cases in which operation was performed. JAMA. 1925;85:947.

2. Shanmuganathan K, Killeen K. Imaging of diaphragmatic injuries. J Thorac Imaging. 2000;15:104.

Palabras clave: Chilaiditi. Disnea. Rx tórax.