



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

## 482/1241 - DOLOR ABDOMINAL SÚBITO EN PACIENTE DE 19 AÑOS

E. Martínez Perona<sup>1</sup>, J. León Domínguez<sup>2</sup>, L. Ballesteros Lechuga<sup>3</sup> y R. Fiñana Sánchez<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Andújar. Jaén. <sup>2</sup>Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Madrid. Andújar. Jaén. <sup>3</sup>Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Úbeda. Úbeda. Jaén. <sup>4</sup>Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bulevar. Jaén.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 19 años, fumador, sin otros antecedentes de interés. Acude al servicio de Urgencias por presentar náuseas y dolor epigástrico súbito, irradiado a hipocondrio izquierdo, tras levantarse de la siesta. Dolor escasamente controlado con analgesia. Sin otra clínica asociada. Tolera vía oral, y niega sobreesfuerzo o traumatismo.

**Exploración y pruebas complementarias:** Tensión arterial 120/80. Afebril. Buena saturación. Buen estado general, coloreado, bien hidratado y perfundido. Auscultación cardiopulmonar con disminución del murmullo vesicular en base pulmonar izquierda, sin ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen blando, depresible, sin masas ni megalias, doloroso a la palpación de epigastrio con defensa aparentemente voluntaria. Murphy y Blumberg negativos. Ruidos hidroaéreos normales. Se realizan las siguientes pruebas complementarias: Bioquímica: glucosa 136, creatinina 1,12, lactato deshidrogenasa 189, bilirrubina 0,54, amilasa 61, transaminasas e iones normales; Hemograma: hemoglobina 15,9, hematocrito 46,4, plaquetas 303.000, leucocitos 26.190, neutrófilos 20.530. Coagulación en rangos de la normalidad. Radiografía PA y lateral de tórax y radiografía de abdomen en bipedestación apreciándose aire libre a nivel diafragmático de lado izquierdo y enfisema subcutáneo; Tomografía axial computarizada de abdomen con contraste que visualiza imagen sugestiva de herniación diafragmática izquierda con paso de cámara gástrica a cavidad torácica no pudiendo descartar completamente volvulación asociada. Leve desplazamiento de estructuras cardiomediaestínicas hacia la derecha; Endoscopia alta que se informa: esófago sin lesiones, estómago con mucosa atrófica, parece intuirse cierta luz, con mucosa ligeramente fruncida, para pasar a antró, pero el endoscopio se buclea de forma repetida. Tras la imposibilidad de colocar sonda nasogástrica descompresiva ni paso a antró gástrico, se realiza intervención quirúrgica de carácter urgente, realizando reducción de contenido herniario a cavidad y resección parcial de saco herniario, bajo anestesia general.

**Orientación diagnóstica:** Hernia diafragmática con volvulación gástrica.

**Diagnóstico diferencial:** Acalasia, atresia de esófago, úlcera gástrica.

**Comentario final:** La mayoría de las hernias diafragmáticas son asintomáticas y se hallan incidentalmente en pruebas de imagen solicitadas por otras causas. Es una patología rara en adultos, presentándose como sintomatología digestiva inespecífica, y siendo de gran importancia su tratamiento quirúrgico para evitar la alta morbimortalidad asociada a sus complicaciones.

## Bibliografía

1. Tapias L, Tapias-Vargas L, Tapias-Vargas LF. Hernias diafragmáticas: desafío clínico y quirúrgico. Rev Colomb Cir. 2009;24:95-105.

**Palabras clave:** Hernia diafragmática. Hernias. Diafragma.