



Radiología



0 - Diafragma elevado en la radiografía de tórax: en qué debemos pensar

J.M. Madrid Pérez, F.M. Caballeros Lam, P. Bartolomé Leal, A. Quílez Larragán, L. García del Barrio y A.J. Villanueva Marcos

Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España.

Resumen

Objetivo docente: Queremos ayudar a nuestros colegas en el diagnóstico diferencial de un diafragma elevado en una radiografía de tórax.

Revisión del tema: La radiografía de tórax es técnica de diagnóstico por imagen más utilizada y el diafragma es generalmente ignorado. Sin embargo, podemos obtener información importante además del parénquima pulmonar y la silueta cardiaca. Si se altera la posición normal del diafragma unilateralmente debemos pensar en derrame subpulmonar y en caso de diafragma elevado bilateralmente en la obesidad como las causas más comunes. Una mayor distancia entre la cámara gástrica y la cúpula diafragmática, así como la lateralización de ésta son signos útiles para diferenciar derrame subpulmonar de un verdadero hemidiafragma elevado. Describimos las referencias anatómicas de un diafragma normal y también hacemos una clasificación entre diafragma elevado real y simulado en función de la etiología. Se han recogido en nuestro hospital, durante un año, 67 casos de diafragma elevado en la radiografía de tórax con un CT realizado dentro de un mes. Exponemos los casos más representativos y su correlación con la TC o fluoroscopia. Se demuestra que algunas causas son reales: la parálisis diafragmática, eventración, pérdida torácica volumen (atelectasia o lobectomía) o patología abdominal (ascitis, la obesidad, metástasis en hígado, etc.). Y otras causas son simuladas: derrame subpulmonar y hernias (traumáticas, Bochdaleck o hiato).

Conclusiones: La causa más común de diafragma elevado unilateral es derrame subpulmonar y la obesidad en la elevación bilateral. La cúpula diafragmática lateralizada y el aumento de la distancia a la cámara gástrica pueden ayudarnos a diagnosticar derrame subpulmonar.