

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO? - 5

Martínez Larios B ¹

¹ Residente de tercer año de Medicina de Familia. Unidad Docente de Granada.

Mujer de 29 años, Gestante nulípara de 34 semanas, sin antecedentes personales ni familiares de interés que acude al Servicio de Urgencia Externa por presentar desde hace 2 semanas lesiones habonosas intensamente pruriginosas. Tales lesiones se hallan localizadas sobre las estrías de distensión que ha ido desarrollando en el curso del embarazo. Posteriormente han aparecido algunas lesiones morfológicamente urticariformes en la raíz de ambos miembros inferiores. El estado general de la paciente era bueno, sin presentar sensación distérmica en el momento referido, ni tampoco durante el periodo en el que había desarrollado la erupción.

En la exploración cutánea se observan placas eritemato-ede-matosas que siguen la distribución de las estrías de distensión en el abdomen, junto con habones que coalescen en placas en la raíz de ambos miembros. No se aprecian vesículas ni lesiones de rascado. El resto de la exploración cutánea mucosa, así como de la exploración por órganos y aparatos fue normal. El feto no presentaba alteraciones en el registro cardiotocográfico.

Se solicitó hemograma, bioquímica y sedimento urinario, presentándose una discreta ferropenia (42 ng/ml) en tanto que el resto de los valores se situaban dentro de la normalidad. El examen histológico mostró infiltrado mononuclear perivas-cular y perianexial en dermis superficial con espongiosis moderada sin paraqueratosis.

Se instauró tratamiento con Prednisona 20 mg/día hasta el momento del parto, continuándolo posteriormente durante 2 semanas más, con completa resolución del cuadro al mes del parto.

Diagnósticos

1. Prurigo gestationis
2. Herpes gestationis
3. Eritema multiforme
4. Pápulas y placas pruríticas urticariformes del emba-razo
5. Impétigo Herpetiforme



(Respuestas razonadas en el próximo número)
Remitir las respuestas al correo electrónico: revista@samfyc.es
o a: **Revista Medicina de Familia. Andalucía**
¿Cuál es su diagnóstico?
Calle Arriola 4, bajo - 18001 Granada

Comentarios a cuál es su diagnóstico (del vol. 2, núm. 2)

(Medicina de Familia (And) 2001; 2: 185-186)

Solución: Respuesta b

El diafragma es una estructura músculo-tendinosa que separa la cavidad torácica de la abdominal. La porción periférica se compone de tres grupos de fibras musculares: esternales, costales y lumbares. La porción central es un tendón en el cual convergen las fibras musculares. Presenta tres orificios: aórtico, esofágico y de la vena cava inferior.

El diafragma como tal no se visualiza normalmente en la radiografía de tórax. Sólo si hay aire presente por encima (pulmón) y por debajo (gas intestinal o neumoperitoneo), se hace visible con entidad propia. La interfase en su porción convexa entre el aire pulmonar y el tejido de densidad líquida abdominal es lo que permite visualizar una línea densa referida como diafragma.

La visualización de cualquiera de los hemidiafragmas se ve impedida si la interfase pulmón-diafragma se borra por opacificación parenquimatosa o pleural, siendo sólo adivinable por la presencia y posición de gas en el estómago y los ángulos colónicos.

La porción central o mediastínica del diafragma ordinariamente no se visualiza, debido a la falta de contraste entre los órganos mediastínicos y el propio diafragma.

En la proyección posteroanterior se identifica el diafragma en toda su extensión, excepto en el tercio medio del hemidiafragma izquierdo, donde contacta con el corazón, borrándose la sombra del diafragma al ser ambos de densidad agua. Habitualmente el nivel de la cúpula diafragmática es el arco anterior de la 5.^a-6.^a costilla, siendo el izquierdo 1-3 cm más inferior que el derecho en el 90%. Su posición es más alta en pacientes obesos, niños y en supino, y más baja en asténicos y enfisematosos. En el lado izquierdo, con frecuencia el fundus gástrico relleno de aire delimita el grosor del hemidiafragma, que debe ser aproximadamente 4-5 mm. El aumento de esta distancia puede indicar la presencia de derrame pleural subpulmonar.

En la proyección lateral se pueden identificar ambos hemidiafragmas: el derecho es visible en toda su longitud, mientras que el izquierdo está borrado en su tercio anterior por el contacto con el corazón; además éste puede reconocerse por su relación con la burbuja gástrica.

Las enfermedades intrínsecas del diafragma son una verdadera rareza, siendo las menos raras el lipoma y el mioma.

La patología más frecuente que puede observarse es la elevación de la cúpula ocasionada por la parálisis, la eventración y las hernias diafragmáticas, así como las placas pleurales calcificadas en la pleura que los recubre. Un derrame pleural subpulmonar puede dar una falsa imagen de elevación de cúpula. También puede observarse una elevación bilateral o un descenso unilateral o bilateral (Tabla 1).

La parálisis diafragmática tiene lugar por lesión del nervio frénico y puede ser unilateral o bilateral. La unilateral suele ser asintomática, mientras que la bilateral cursa con disnea, sobre todo de esfuerzo y en decúbito. En la radiografía de tórax aparecen cuatro signos: elevación del hemidiafragma; movimiento disminuido, ausente o paradójico durante la inspiración; movimiento paradójico en situaciones de inspiración forzada; y, bamboleo mediastínico durante la respiración. El diagnóstico habitualmente se realiza por radioscopia, aunque también sirve la espirometría, pruebas musculares específicas y la electromiografía específica del nervio frénico.

La eventración y las hernias diafragmáticas ocurren a través de zonas debilitadas o con defectos congénitos. Las zonas posibles de herniación incluyen el hiato esofágico, el agujero posterolateral de Bochdaleck (niños) y el retroesternal de Morgagni. La hernia traumática supone el 5% de todas las hernias diafragmáticas pero el 90% de todas las hernias diafragmáticas estranguladas se producen en traumatismos cerrados (fundamentalmente en accidentes de tráfico) y abiertos.

La hernia de hiato es muy frecuente y se ve en la radiografía como una masa retrocardíaca, con o sin nivel hidroaéreo, que desplaza el receso pleuro-ácigos-esofágico. La confirmación se hace con estudio baritado.

La hernia de Morgagni es más frecuente en adultos que en niños y suele ser asintomática. Radiológicamente se presenta como una masa del ángulo cardiofrénico derecho sólida o con imágenes de burbujas aéreas, según su contenido.

La hernia de Bochdaleck es la más grave y frecuente hernia diafragmática de los niños y ocasiona un cuadro de in-

suficiencia respiratoria aguda que requiere cirugía urgente. El 90% de los casos es en el lado izquierdo y afecta a estómago, bazo, colon o intestino delgado. Las manifestaciones radiológicas dependen del contenido de la hernia y del tamaño del defecto. En el adulto el defecto es relativamente pequeño y suele ser asintomática. Se ve como una masa mediastínica posterolateral izquierda adyacente al diafragma y simulando una lobulación de éste.

La hernia traumática en el 90% de los casos se produce en el lado izquierdo. La radiografía simple de tórax suele ser anormal en el 95% de los casos.

TABLA 1
RESUMEN DE LAS ANORMALIDADES DIAFRAGMÁTICAS

Elevación diafragmática unilateral en:	Elevación bilateral en:
<ul style="list-style-type: none"> — Derrame pleural subpulmonar — Parálisis frénica — Reducción del volumen del pulmón — Hernia diafragmática y eventración — Patología abdominal <p>Descenso unilateral en:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Enfisema valvular — Neumotórax a tensión 	<ul style="list-style-type: none"> — Embarazo — Obesidad — Patología abdominal (ascitis) <p>Descenso bilateral en:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Pacientes de constitución asténica — Enfisema pulmonar — Neumotórax bilateral