

Juan	Nombre:
Lloret del Hoyo	Apellido:
Marina Bertólez Cue; Luis Moreno Domínguez; Ana Vidal González; María Duque Muñoz; Ana María Mañas Hernández	Otros Autores:
jllorethoyo@gmail.com	E-mail:
Hospital Clínico San Carlos	Hospital:
Madrid	Ciudad:
UTILIDAD DE LA RADIOLOGIA CONVENCIONAL	Título:
Paciente de 93 años que presenta dolor abdominal, nauseas y vómitos en escopetazo que no ceden con el tratamiento médico. Leucocitosis leve y discreta elevación de la PCR elevada.	Presentación:
<p>DESCRIPCIÓN DE LOS HALLAZGOS</p> <p>Rx de TX: infiltrados en base pulmonar sospechosos de aspiración.</p> <p>RX abdomen AP en decúbito supino: Distensión gástrica con herniación de bulbo duodenal hacia la base pulmonar derecha. Prótesis de cadera derecha.</p> <p>TC toraco-abdomino-pélvico con CIV en fase portal: Hernia de Morgagni que contiene antro gástrico y bulbo duodenal así como ángulo hepático del colon, ya descrito en RX de abdomen. No hay signos de isquemia del tracto gastrointestinal.</p> <p>DIAGNÓSTICO</p> <p>Hernia de Morgagni con contenido gastroduodenal y ángulo hepático del colon sin signos de complicación.</p> <p>REFLEXIÓN DOCENTE</p> <p>La radiografía simple de abdomen proporcionaba suficiente información diagnóstica. Tras la insistencia del departamento clínico con el fin de descartar complicación se realiza TC toracoabdominopélvico con CIV en fase portal donde se objetivan los mismos hallazgos descritos en la radiografía simple. Se trataba de una hernia de Morgagni con contenido gastroduodenal y ángulo hepático del colon sin signos de compromiso vascular ni otras complicaciones.</p> <p>En un control posterior tras la colocación de la sonda nasogástrica se observa disminución de la dilatación gástrica, con persistencia de la hernia.</p>	Discusión :
<p>Cuando no existen signos clínicos ni analíticos de alarma sospechosos de compromiso vascular , la radiografía simple de abdomen y/o la radiografía de tórax anteroposterior y lateral pueden ser diagnósticas sin requerir la realización de más pruebas radiológicas que conllevan además mayor gasto , radiación y riesgo de nefrotóxicidad por el contraste iv.</p> <p>En este caso, al no haber datos clínicos de alarma y existir ya patología pulmonar que justificaba la analítica , no era necesario realizar un TC de urgencias para evaluar el estado de la hernia.</p>	Conclusión:
<p>1.- Reed; Chest Radiology; 2011.</p> <p>2.- J.L. del Cura, S. Pedraza, A. Gayete. Radiología esencial. Vol I. Reimpresión revisada. Madrid: Médica Panamericana.; 2015.</p> <p>3.- Laura K. Nason et al; Imaging of the Diaphragm: Anatomy and Function; Radiographics marzo-abril 2012.</p>	Bibliografía:
A) Rx anteroposterior de abdomen en decúbito supino B) reconstrucción coronal de TC	Pie de foto:

toracoabdominopélvico con contraste intravenoso, imágenes en fase portal. C) corte axial de TC toracoabdominopélvico con contraste intravenoso, imágenes en fase portal. D) Rx de abdomen tras colocación de sonda nasogástrica.	
--	--