

657

**HALLAZGOS EN
TOMOGRFIA DE
ABDOMEN Y PELVIS, DE
COMPLICACIONES
SECUNDARIO A INGESTA DE
CUERPO EXTRAÑO**

Autores: Fontana Guillermina,
Carcano Valeria, Slullitel Sabrina,
Rovira Daniel, Quaranta Andres,
Cacciarelli Lucas, Jamin Alexis.
Sanatorio de la Mujer. Rosario,
Santa Fe.

657

Se presentan tres casos de pacientes con dolor abdominal. Mujer de 40 años con antecedente de apendicectomía. Consulta por dolor en fosa ilíaca derecha de tres días de evolución. Con abdomen doloroso a la palpación y defensa. Mujer de 81 años con dolor abdominal y cuadro compatible con ileo. Niño de 3 años sin antecedentes de jerarquía consulta por dolor en FID, asociado a vómitos.

Se solicita TC abdomen a los tres pacientes.

657

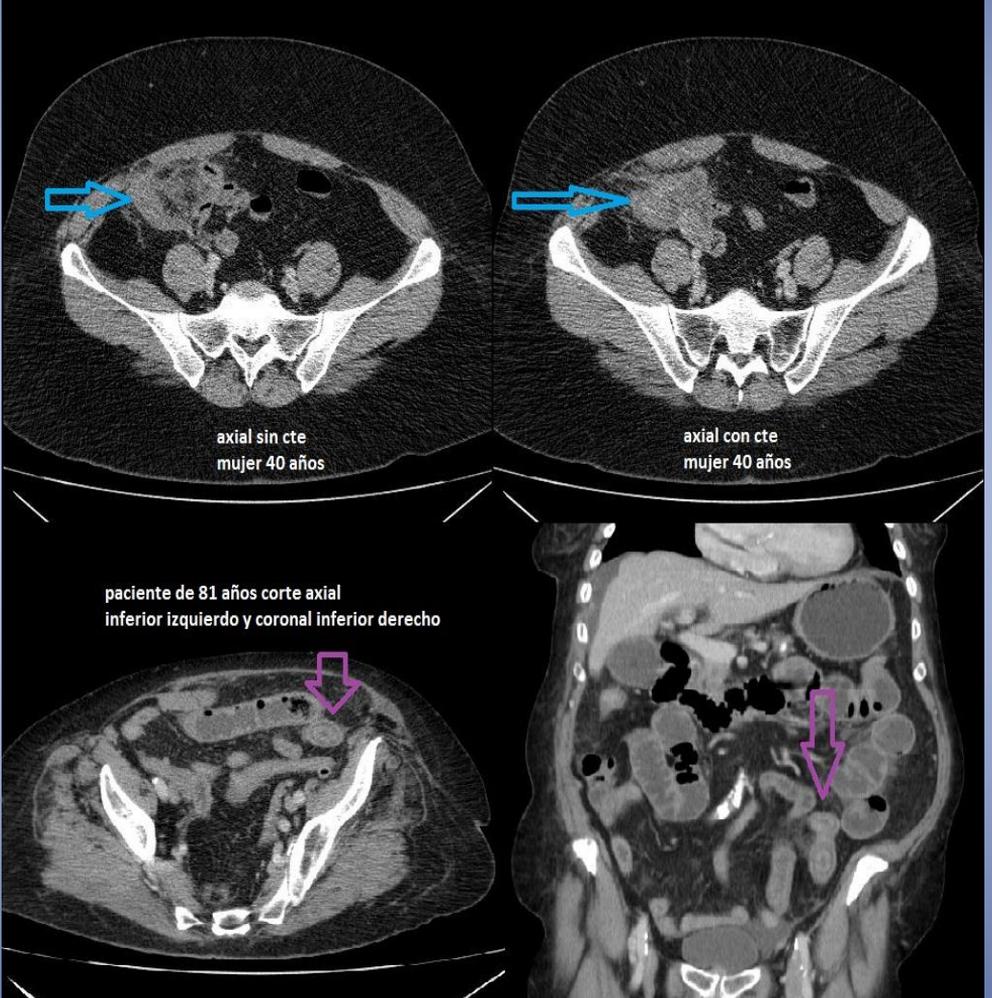
HALLAZGOS IMAGENOLOGICOS

Mujer 40 años: en fosa ilíaca derecha se observa conglomerado de asas intestinales con rarefacción de la grasa que la rodea y captación del contraste en forma heterogénea. Dicha imagen fue consecuencia de un ESCARBADIENTE.

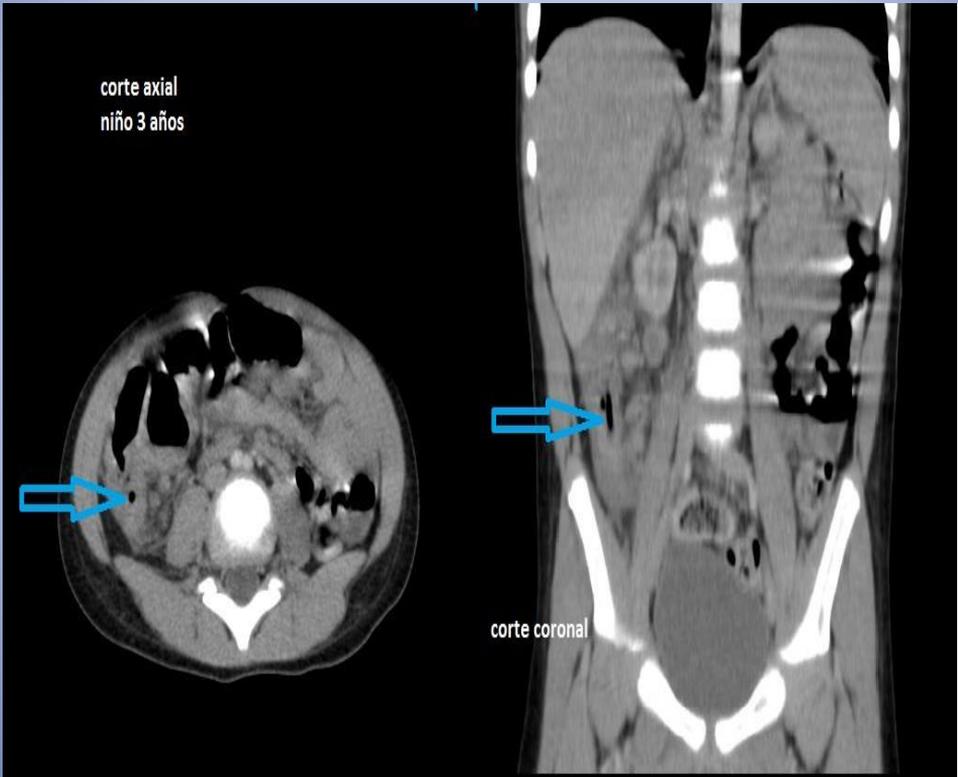
Mujer de 81 años: en asas de delgado situadas en región de fosa ilíaca izquierda, se observa engrosamiento parietal de la misma con imagen intraluminal espontáneamente hiperdensa con captación de la sustancia de contraste parietal de tipo inflamatorio. Alteración inflamatoria de la grasa que lo rodea. Dicha imagen fue consecuencia de una BOLSA DE NYLON.

Paciente 3 años: en proyección de flanco y fosa ilíaca derecha, se observa una estructura tubular con contenido líquido y aéreo, que tiene un diámetro transversal de 4mm; en su periferia se observa intensa captación de la sustancia de contraste con la presencia de halo hiperdenso de aproximadamente 3,5 mm de diámetro. Dicha imagen resulta ser un PALITO DE CHUPETIN.

657



657



La presencia de cuerpo extraño intrabdominal puede ser de causa espontánea (muy frecuente en niños y pacientes con alguna deficiencia psíquica), involuntaria (ingesta accidental), o iatrogenica (material quirúrgico olvidado accidentalmente). El 90% de los casos de ingesta de cuerpo extraño pasa inadvertido. Su sintomatología dependerá de las complicaciones. La mayoría de ellos atraviesan el tubo digestivo sin causar patología, pueden quedarse impactados en zonas estrechas o en regiones anatómicas donde existen acodamientos. (unión duodeno yeyunal, apéndice, válvula ileo-cecal).

657

Menos del 1% penetra en la mucosa de esófago o de asas intestinales, produciendo perforaciones. A veces produce una reacción inflamatoria crónica. Con formación de abscesos. En algunos casos la clínica es mas florida y pueden formar fistulas, obstrucciones, hemorragias, incluso la muerte. Muchas veces la sospecha clínica es baja y los síntomas son inespecificos, por lo que se debe analizar minuciosamente los hallazgos por TC.

657

Los hallazgos mas frecuentes son, engrosamiento de las paredes de las asas, alteración de la grasa regional, burbujas de neumoperitoneo. La ventana de hueso puede ayudar a visualizar cuerpos calcificados, como huesos de pollo o espina de pescado.

El diagnostico preoperatorio suele ser apendicitis aguda, abdomen agudo, perforación de víscera hueca, oclusión intestinal o masa abdominal. El tratamiento consiste en laparotomía exploradora y tratamiento de complicaciones.

CONCLUSION

Considerar la presencia de cuerpos extraños como causa de dolor abdominal y un análisis puntilloso de la TC abdomen permite acercarnos al diagnóstico.