

ABDOMEN AGUDO: LAS ETIOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN UN SERVICIO DE GUARDIA.

Autores: Ramírez María Alejandra, Morales Andres Fernando, Galvis Vega Sergio Andres, Buzzi Alfredo.

Diagnóstico médico SA.

Correspondencia: malejandra.ramirez.dm@gmail.com

Buenos Aires, Argentina

Los autores no declaran conflicto de interés.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

- Resumir los hallazgos imagenológicos que facilitaron el diagnóstico de patologías de abdomen agudo frecuentes en un servicio de guardia.

REVISIÓN DE TEMA

En Argentina, las causas más comunes de abdomen agudo incluyen apendicitis aguda, colecistitis, obstrucción intestinal, y perforaciones gastrointestinales. Según la Asociación Argentina de Cirugía, la apendicitis aguda es la principal causa de abdomen agudo quirúrgico, representando aproximadamente el 25-30% de los casos. La obstrucción intestinal también es frecuente, seguida por condiciones como la pancreatitis aguda y las úlceras perforadas. Estas afecciones requieren un diagnóstico rápido y, a menudo, intervención quirúrgica urgente para evitar complicaciones graves.

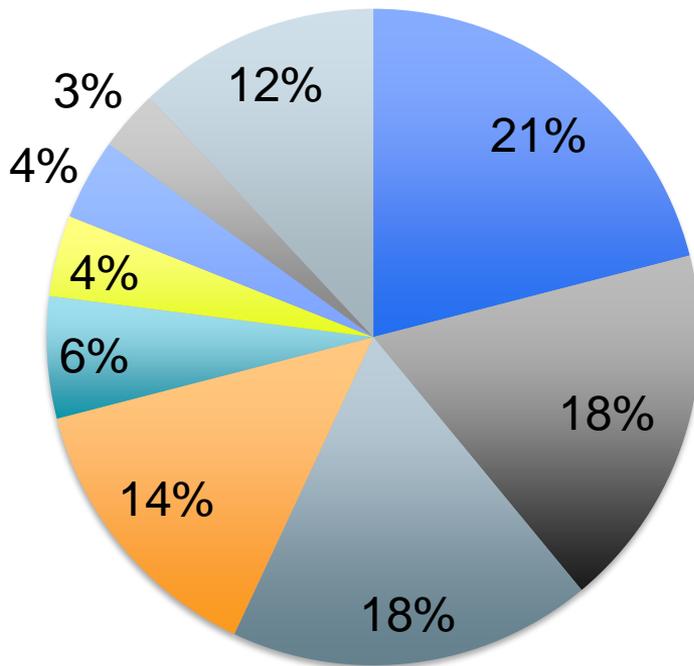
REVISIÓN DE TEMA

Se revisaron los hallazgos imagenológicos de 100 pacientes con abdomen agudo en la guardia del “Sanatorio trinidad de Palermo, y trinidad de Ramos Mejía.”, diagnosticados en el periodo comprendido entre marzo de 2023 y abril de 2024.

REVISIÓN DE TEMA

El abdomen agudo se define como un síndrome cuyo denominador común es el dolor abdominal (visceral o parietal o referido), de aparición relativamente brusca que se acompaña de síntomas cardinales (peritonismo y/o distensión abdominal y/o hipotensión) y/o generales (fiebre, náuseas) y que requieren de un tratamiento relativamente temprano, sea médico o quirúrgico.

ETIOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN EL SERVICIO DE GUARDIA



- Diverticulitis complicada
- Oclusión intestinal
- Apendicitis
- Litiasis renal
- Complicaciones postQx
- Infecciosos (abscesos, colecciones)
- Apendagitis
- Patología biliar aguda
- Otros (Ginecológico, hernias complicadas, pancreatitis, urinoma)

DIVERTICULITIS AGUDA

Proceso infeccioso/inflamatorio intramural y pericolónico resultante de la perforación de divertículos colónicos

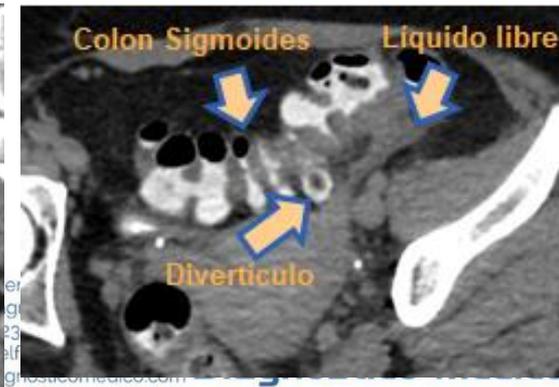
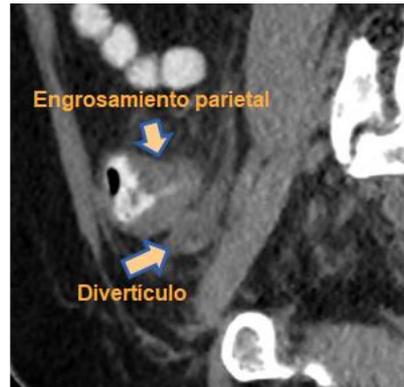
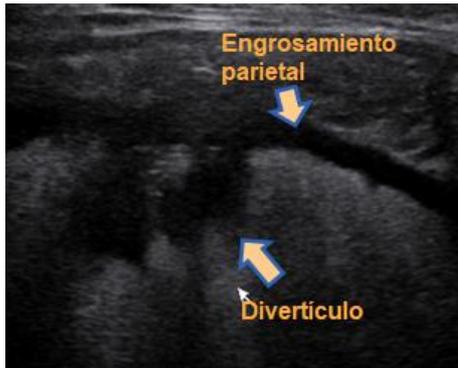
SIGNOS RADIOLÓGICOS

Ecografía

- ↑ ecogenicidad y de la vascularización de la grasa pericólica.
- Absceso pericólico.
- Engrosamiento parietal del colon.

TC

- Engrosamiento de la pared colónica.
- Inflamación de la grasa pericólica.
- Vasos sanguíneos mesocólicos congestionados.
- "Microperforación": Pequeñas burbujas de gas pericolónico.



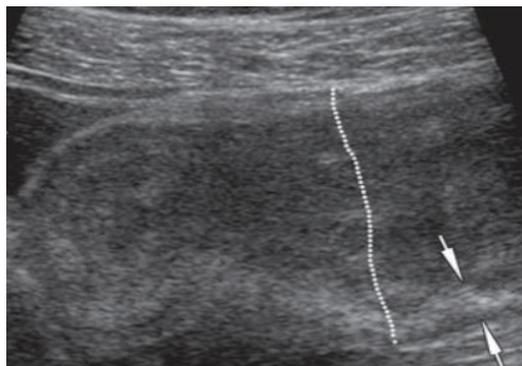
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

DEFINICIÓN

- **Oclusión intestinal:** Detención completa.
- **Suboclusión intestinal:** Incompleta o no es persistente.
- **Pseudo-obstrucción intestinal o Sd de Ogilvie:** Síntomas recurrentes sin hallazgos.

PRESENTACIÓN CLÍNICA	INTESTINO DELGADO	INTESTINO GRUESO
INICIO	Brusco	Insidioso
INTENSIDAD DOLOR	+++	++
TIPO DE DOLOR	Cólico periumbilical	Moderado, hipogástrico
EMISIÓN DE GASES	Algunas veces	NO
DISTENSIÓN	++	++++
VÓMITOS	Precoz, abundante	Poco frecuente
ESTADO GENERAL	Deterioro precoz	Deterioro tardío

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL



OBSTRUCCIÓN EN INTESTINO DELGADO

- Diámetro entre 3-5 cm.
- Válvulas conniventes en las asas dilatadas.
- Distribución central de las asas dilatadas.
- No se observa gas en el colon.

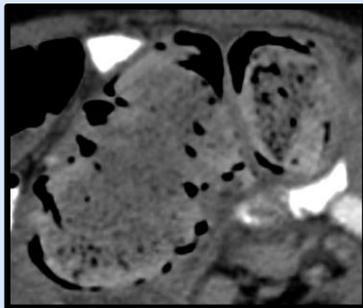
OBSTRUCCIÓN EN INTESTINO GRUESO

- Se identifican haustras o heces en las asas dilatadas.
- Distribución periférica de las asas dilatadas
- Diámetro mayor de 5 cm
- No se observa gas en recto.

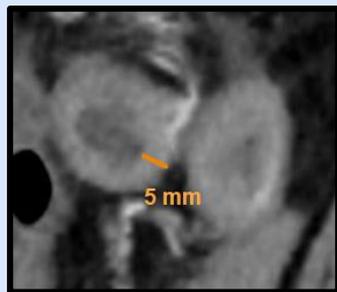


OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

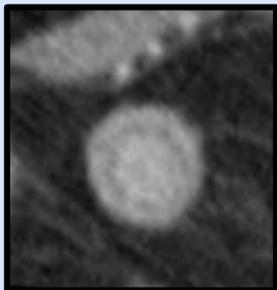
Signos de TC asociados a sufrimiento intestinal



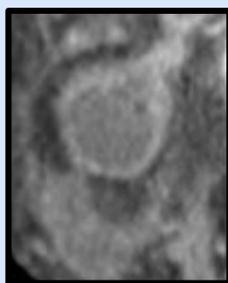
Neumatosis



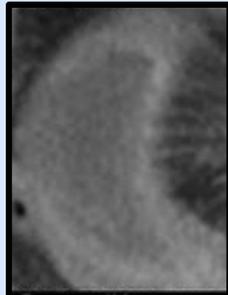
Engrosamiento de la pared (>3mm ID y >5mm IG)



Signo de la diana



Líquido libre

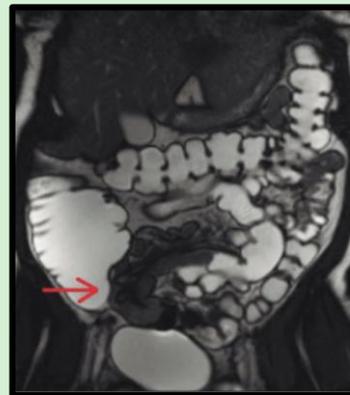


Congestión venosa: Signo del "peine"

Resonancia Magnética

Para minimizar la carga de la radiación ionizante en los niños y mujeres embarazadas.

Sensibilidad del 95% y especificidad del 100%.



Invaginación de intestino delgado

APENDICITIS

Generalidades

Diámetro Apendicular

- < 6 mm - Normal
- 7-9 mm - Indeterminado
- 10 mm - Anormal

Longitud Variable

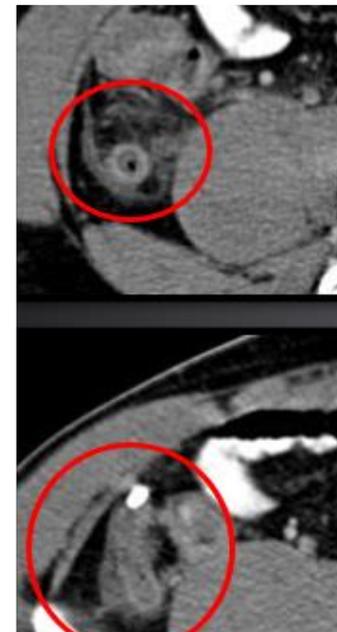
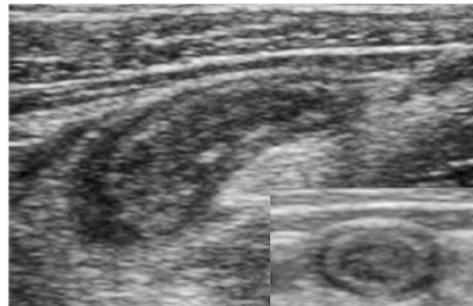
- 12 – 24 cm

Posición Variable

- Retrocecal
- Inferomedial al ciego
- Inferolateral al ciego
- Anteroileal
- Retroileal

Fecalito

- En 1/3 de las apendicitis
- Puede estar normalmente



APENDICITIS

Etiología

- Obstrucción luminal.
- Hiperplasia linfoidea.
- Fecalito.
- Infección agregada.

Apendicitis Temprana

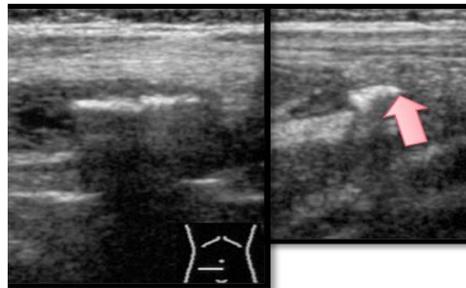
- Inflamación transmural
- Engrosamiento de la pared.

Apendicitis Avanzada

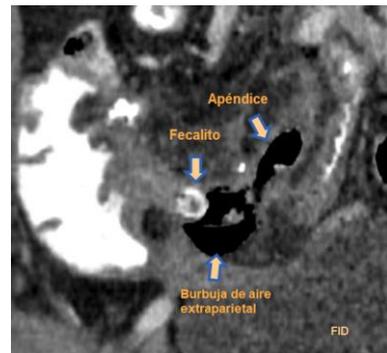
- Abscesos murales múltiples.
- Inflamación de la grasa periapendicular
- Gangrena y perforación
- Peritonitis.



10 mm de diámetro.
No compresible
Aspecto de "Target"



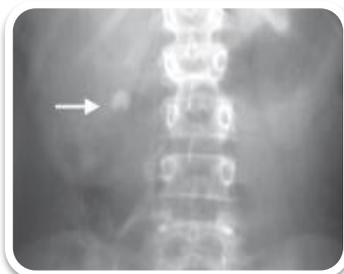
Fecalito calcificado
Pérdida de la diferenciación parietal



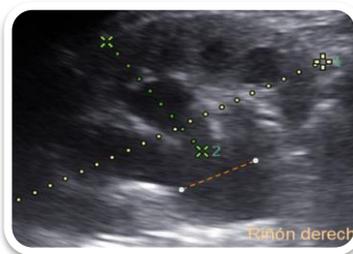
Diámetro > 10 mm.
Fecalito. Perforación.

LITIASIS RENAL

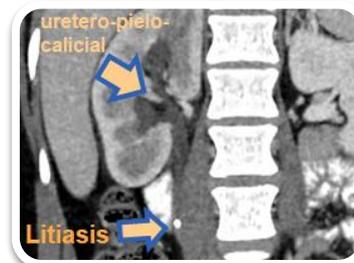
- Formación de cálculos en el sistema urinario, comúnmente en los riñones. Puede causar obstrucción y dolor agudo (cólico renal).



Radiografía:
-Cálculos radio-opacos en el tracto urinario.



Ecografía
-Cálculos hiperecogénicos con sombra acústica posterior.
-Signos de hidronefrosis si hay obstrucción.
-Doppler color: Artefacto de "centelleo".



Tomografía computada
-Detecta cálculos no radioopacos y evalúa anatomía.
-En la fase excretora tras la administración de contraste, se presentan como defectos de llenado.

APENDAGITIS

Definición

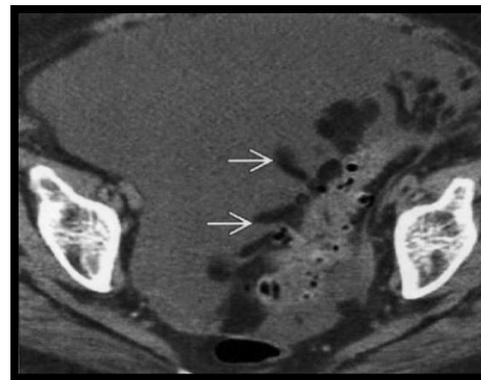
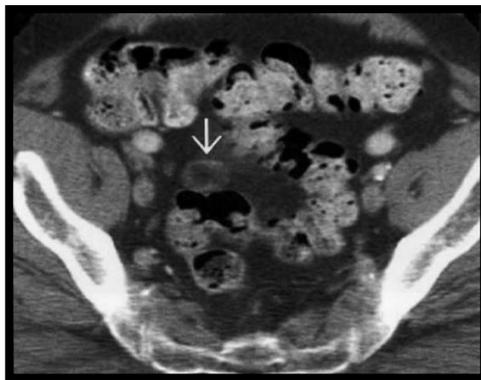
- Inflamación o infarto del apéndice epiplóico.

TC

- Nódulo graso pericólico rodeado por un anillo hiperdenso y alteración de los planos grasos circundantes.
- Punto central hiperdenso (trombosis).

Localización

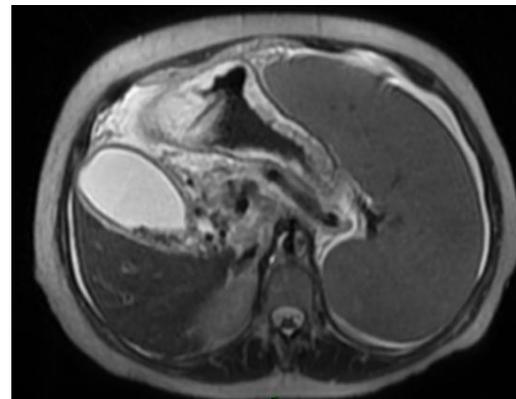
- Sigma y colon descendente (80%)
- Pared anterior.



PATOLOGIA AGUDA DE LA VIA BILIAR

Colecistitis aguda: Impactación de un cálculo a nivel del cístico o del cuello vesicular.

- Engrosamiento de la pared vesicular (>3mm).
- Distensión de la vesícula (diámetro T>40 mm o L>100 mm)
- Colelitiasis (95%), cálculo impactado en el cístico o en el cuello de la vesícula.
- Material ecogénico intravesicular, líquido o colecciones líquidas perivesiculares e hiperemia en el estudio de doppler.



PATOLOGIA AGUDA DE LA VIA BILIAR

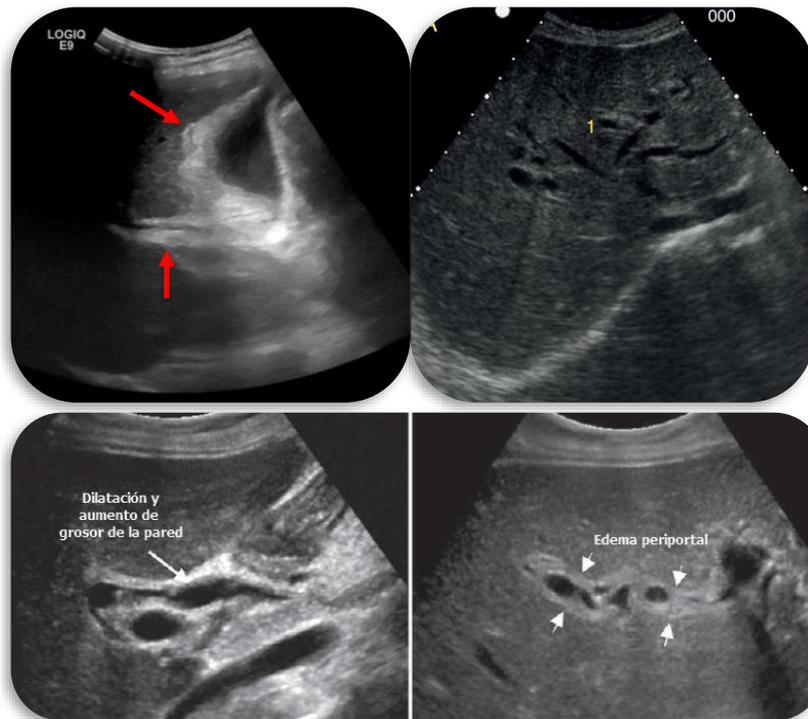
Colangitis: *Es la inflamación e infección bacteriana de los conductos biliares*

Dado que es una complicación de la obstrucción del árbol biliar, se puede encontrar:

- Dilatación vía biliar intra y/o extrahepática (> 2mm intra y > 6mm extra).
- Evidencia de la etiología (estenosis, colelitiasis/coledocolitiasis)

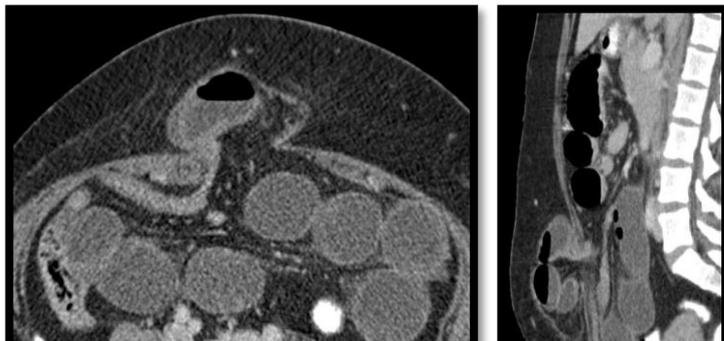
Asociado a signos inflamatorios/infecciosos como:

- Engrosamiento y aumento de la ecogenicidad del árbol biliar intrahepático, lo que sugiere colangitis aguda.
- Edema perivesicular, engrosamiento parietal y líquido perivesicular (Colecistitis).



HERNIA COMPLICADA

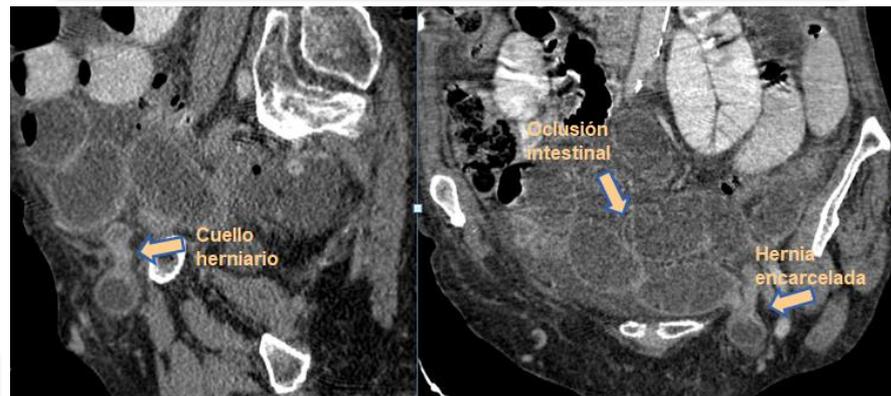
Definición: Protrusión de un órgano a través de la pared abdominal con riesgo de estrangulamiento o perforación, que requiere intervención quirúrgica urgente.



Hernia Paraumbilical Incarcelada: Relacionada a la diástasis de los Músculos Rectos Anteriores. Factores de Riesgo: Embarazo y Obesidad

Signos radiológicos.

- Atrapamiento del contenido herniado
- Estrangulamiento
- Obstrucción intestinal
- Perforación



Hernia femoral encarcelada de asa yeyunal

ABDOMEN AGUDO GINECOLÓGICO

Su etiología se clasifica en causas gravídicas y no gravídicas ya que el principal gesto diagnóstico debe ser descartar o confirmar la gravidez.

La ecografía es la técnica de imagen de primera línea en el estudio del dolor abdominopélvico en la mujer, empleándose en ocasiones la TC para confirmar o completar el estudio.

Origen gineco-obstétrico:

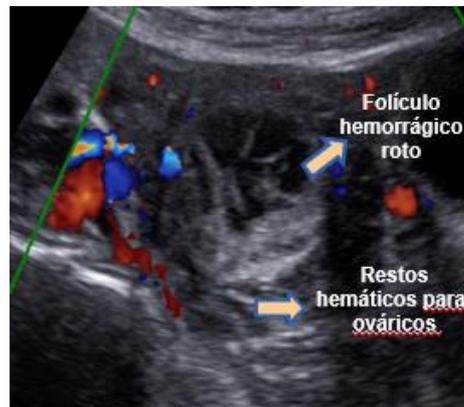
Embarazo ectópico, amenaza de aborto o aborto incompleto.

Infecciosos:

Endometritis, EPI, absceso tubo-ovárico.

Patología anexial:

Folículo hemorrágico, torsión de anexo, rotura de quiste ovárico.



Folículo hemorrágico roto. En ecografía puede observarse como contenido anecoico al inicio, con finos ecos internos o como una masa quística compleja con focos sólidos. En caso de ruptura se asocia a líquido libre anecoico o con finos ecos.

CONCLUSIÓN

La identificación oportuna de las etiologías del abdomen agudo es importante para su oportuno abordaje, y de esta manera prevenir complicaciones graves. Por lo que es imperativo que el imagenólogo tenga claridad de los hallazgos claves en los diferentes métodos de diagnóstico imagenológicos.

BIBLIOGRAFÍA

- Catena F, De Simone B, Coccolini F, et al. Bowel obstruction: a narrative review for all physicians. World J emerg Surg 2019; <https://doi.org/10.1186/s13017-019-0240-7> 14:20.
- Oppenheimer D, Rubens D, Sonography of Acute Cholecystitis and Its Mimics. Radiol Clin N Am - (2019) . <https://doi.org/10.1016/j.rcl.2019.01.002>
- Valero M, Diez E, González R, Altuna L, et al. Abdomen agudo: Patología según localización del dolor. Seram, 1 (1) (2021). <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/4553>
- Terán V, Borrueal N, Martínez E, Ayala G, et al. Abdomen agudo de origen ginecológico: papel del TCMD. Seram, (2018) <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/1903>
- Susaeta R, Benavente D, Marchant F, Gana R. Diagnóstico y manejo de litiasis renales en adultos y niños. Revista médica clínica Las condes, 29 (2), 197-212. DOI: [10.1016/j.rmclc.2018.03.002](https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.03.002)