

DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN FOSA ILÍACA IZQUIERDA

Montserrat Garrido Blázquez ¹, Olga Montesinos Sánchez-Girón ¹, Iria Álvarez Silva ¹, Lina María Pinzón Triana ¹, Arturo Sebastián Gross González ¹, Juan Manuel Serón Luna ¹, Belén García Granda ², Assia Litcheva Gueorguieva ³

¹ C.A de Segovia, Segovia , ² HM Madrid, Madrid, ³ Hospital HLA Moncloa, Madrid

Objetivo docente

- Conocer los principales diagnósticos diferenciales del dolor abdominal localizado en fosa ilíaca izquierda (FII) para orientar la técnica diagnóstica más adecuada y el manejo terapéutico de cada paciente.
- Describir los hallazgos radiológicos de cada una de las patologías mediante casos de nuestro hospital.

Revisión del tema

- El dolor abdominal es uno de los motivos más frecuentes de consulta en el servicio de urgencias, engloba un amplio espectro de patologías, desde procesos que pueden limitarse a una inflamación local hasta cuadros graves con peritonitis y perforación.
- La mayoría de los pacientes presentan dolor en el cuadrante inferior izquierdo, suele acompañarse de fiebre y leucocitosis, pero son inespecíficos.

- La anamnesis y la exploración clínica son esenciales para una correcta orientación diagnóstica. Las causas digestivas son las más frecuentes, destacando la diverticulitis aguda.
- La radiología simple es útil para valoración inicial de procesos obstructivos, ante sospecha de perforación de víscera hueca o litiasis ureteral.
- La ecografía de abdomen, en manos expertas, aporta mucha información.
- La tomografía computarizada es la técnica utilizada para el diagnóstico de la mayoría de las causas de dolor abdominal.

Las principales causas se dividen teniendo en cuenta las diferentes estructuras anatómicas situadas en la fosa ilíaca izquierda

Etiología gastrointestinal

- Diverticulitis aguda.
- Colitis infecciosa.
- Enfermedad inflamatoria intestinal.
- Isquemia intestinal /colitis isquémica.
- Neoplasia maligna.
- Vólvulo. Cuadro obstructivo.
- Perforación por cuerpo extraño.
- Infarto/torsión epiploica (apendagitis).

Etiología genitourinario

- Infección del tracto urinario.
- Cólico renal.

Etiología ginecológica

- Quistes de ovario.
- Embarazo ectópico.
- Enfermedad inflamatoria pélvica.

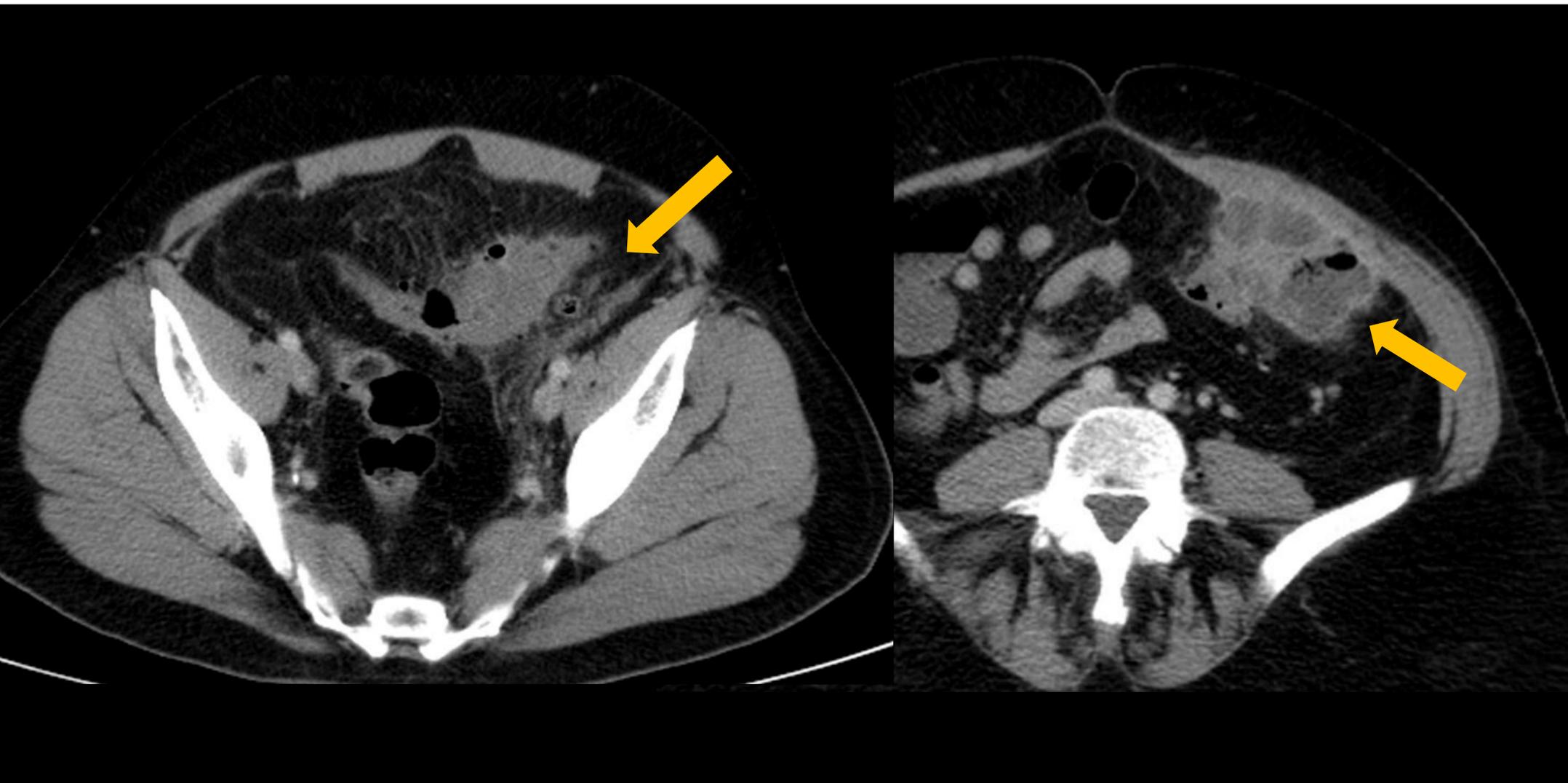
Otras causas

- Absceso de psoas-ilíaco.
- Hematoma de pared abdominal.
- Hemorragia retroperitoneal o abdominal.
- Linfocele.

Describiremos los principales hallazgos radiológicos de varias de dichas patologías mediante casos de nuestro hospital.

DIVERTICULITIS

Es la causa más frecuente, suele localizarse predominantemente en sigma. Cuando el cuello del divertículo se obstruye se produce una inflamación circundante.

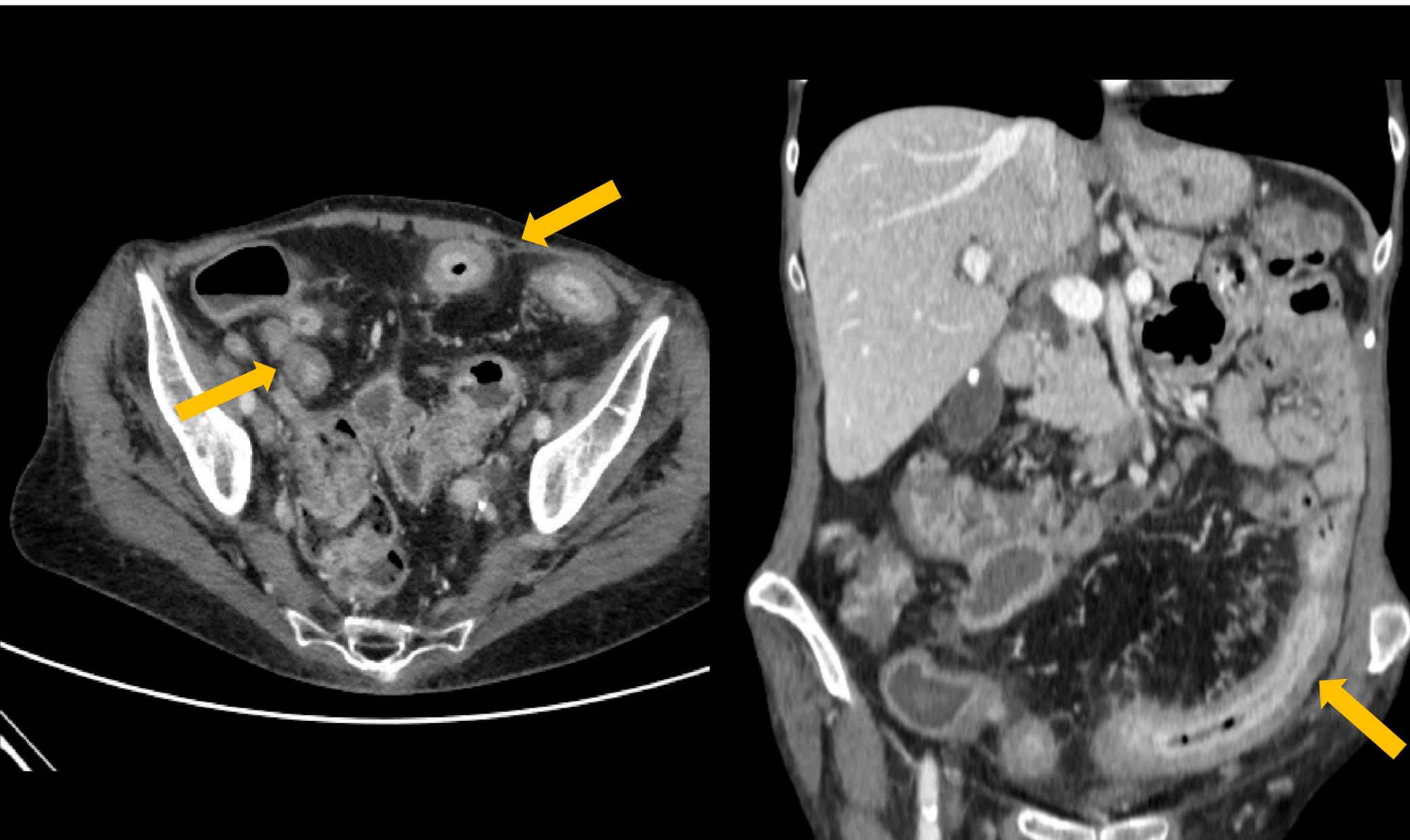


Hallazgos TC axial con contraste intravenoso:

- Presencia de varios divertículos.
- Engrosamiento de la pared del colon.
- Aumento de densidad-trabeculación de la grasa e ingurgitación vascular adyacente al segmento afecto.
- Formación de absceso pericólico.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EEI)

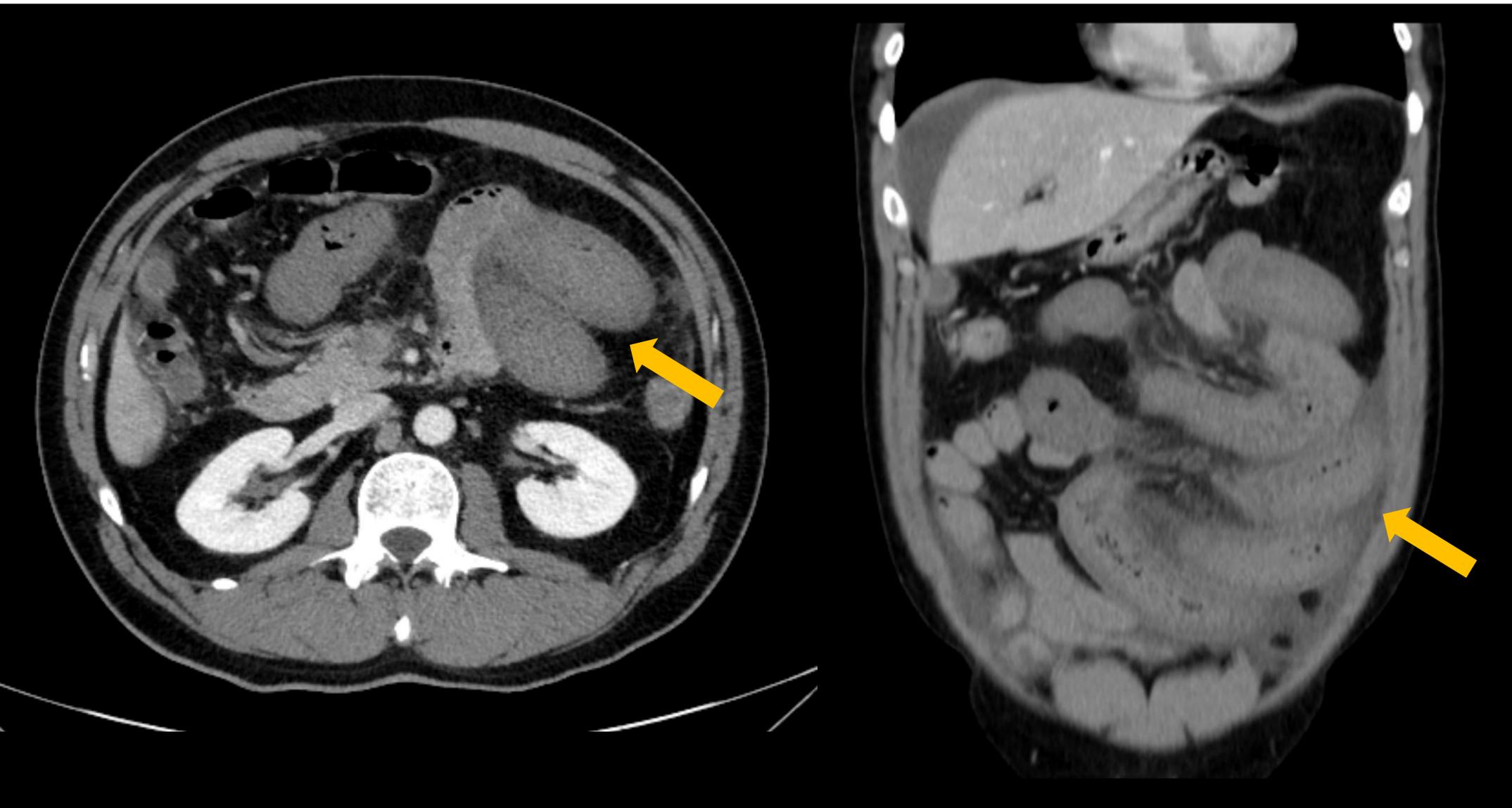
Es una enfermedad crónica de causa desconocida en la que se produce inflamación del colon y/o intestino delgado. Suele presentarse en forma de brotes.



TC con contraste intravenoso (axial y coronal): marcado engrosamiento de la pared de asas de delgado y de colon ascendente y transversal, con realce mucoso, ingurgitación de vasos cortos e hipertrofia de la grasa mesentérica compatible con EEI.

ISQUEMIA INTESTINAL

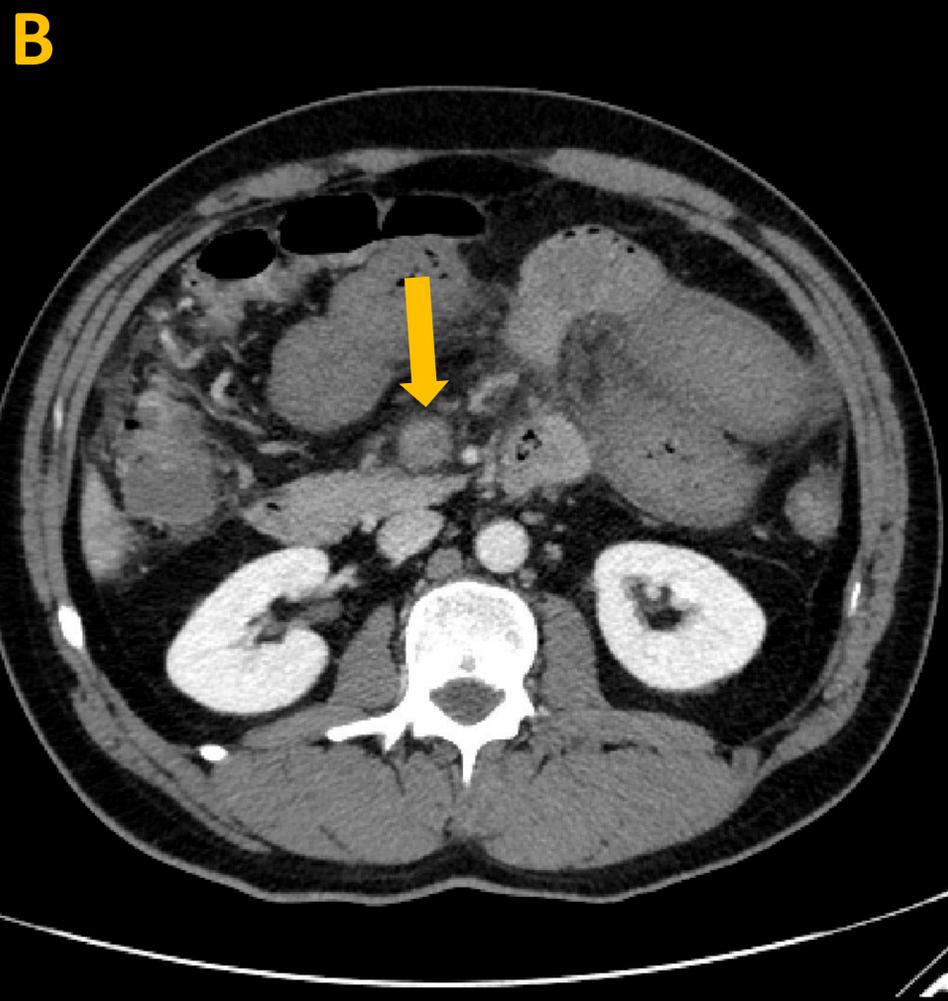
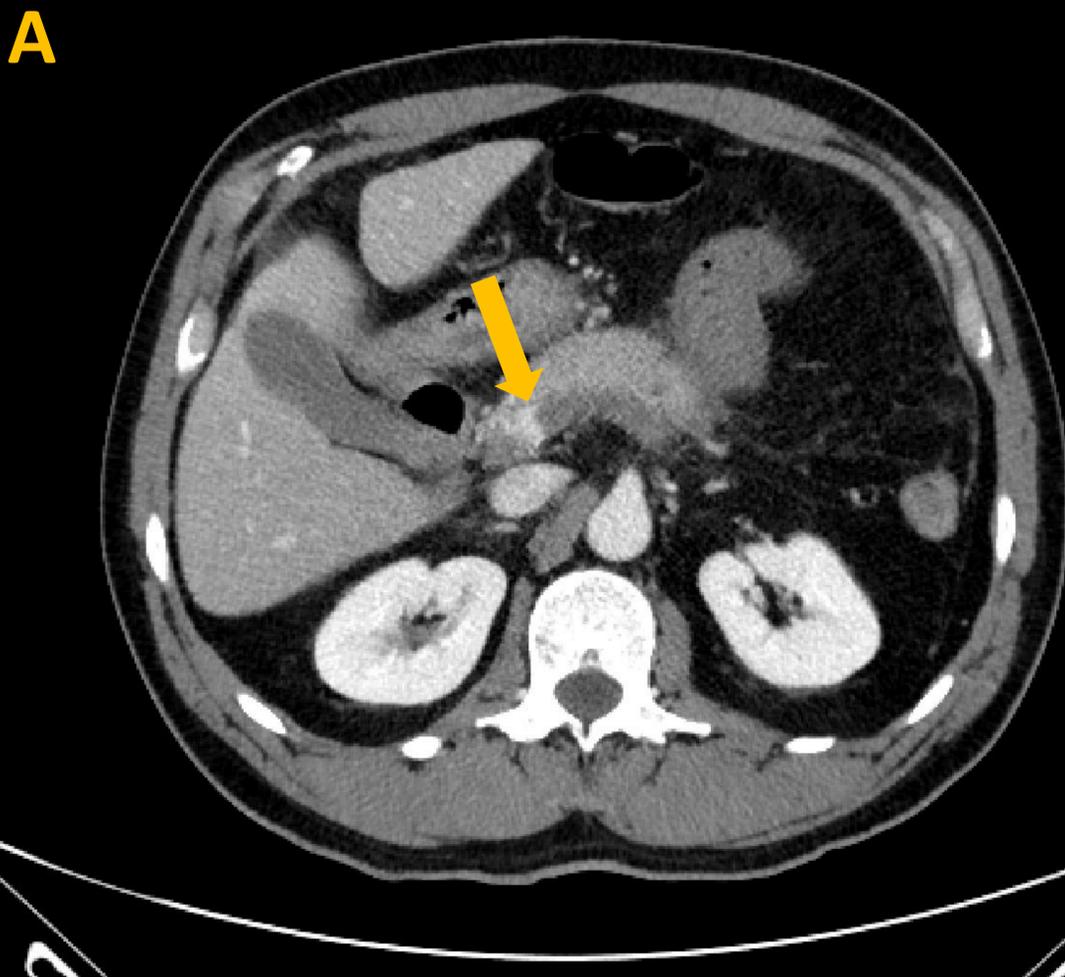
Disminución del flujo sanguíneo que llega al intestino de manera significativa, debido a oclusión total o parcial de un vaso sanguíneo o episodio de hipotensión arterial. Puede afectar tanto al intestino delgado como al grueso.



Paciente con dolor abdominal de 4 días con diarrea (más de 20 deposiciones), último cuadro con intenso dolor, peritonismo difuso.

TC con contraste intravenoso (axial y coronal): ausencia de realce de las asas yeyunales, engrosamiento y edema de su pared en relación con isquemia. Líquido libre intraperitoneal.

ISQUEMIA INTESTINAL



Paciente anterior, TC con contraste intravenoso (axial y coronal): defecto de repleción en vena porta (A), aumento de calibre y defecto de repleción en vena mesentérica superior (B), hallazgos compatibles con trombosis venosa como causa de la isquemia intestinal.

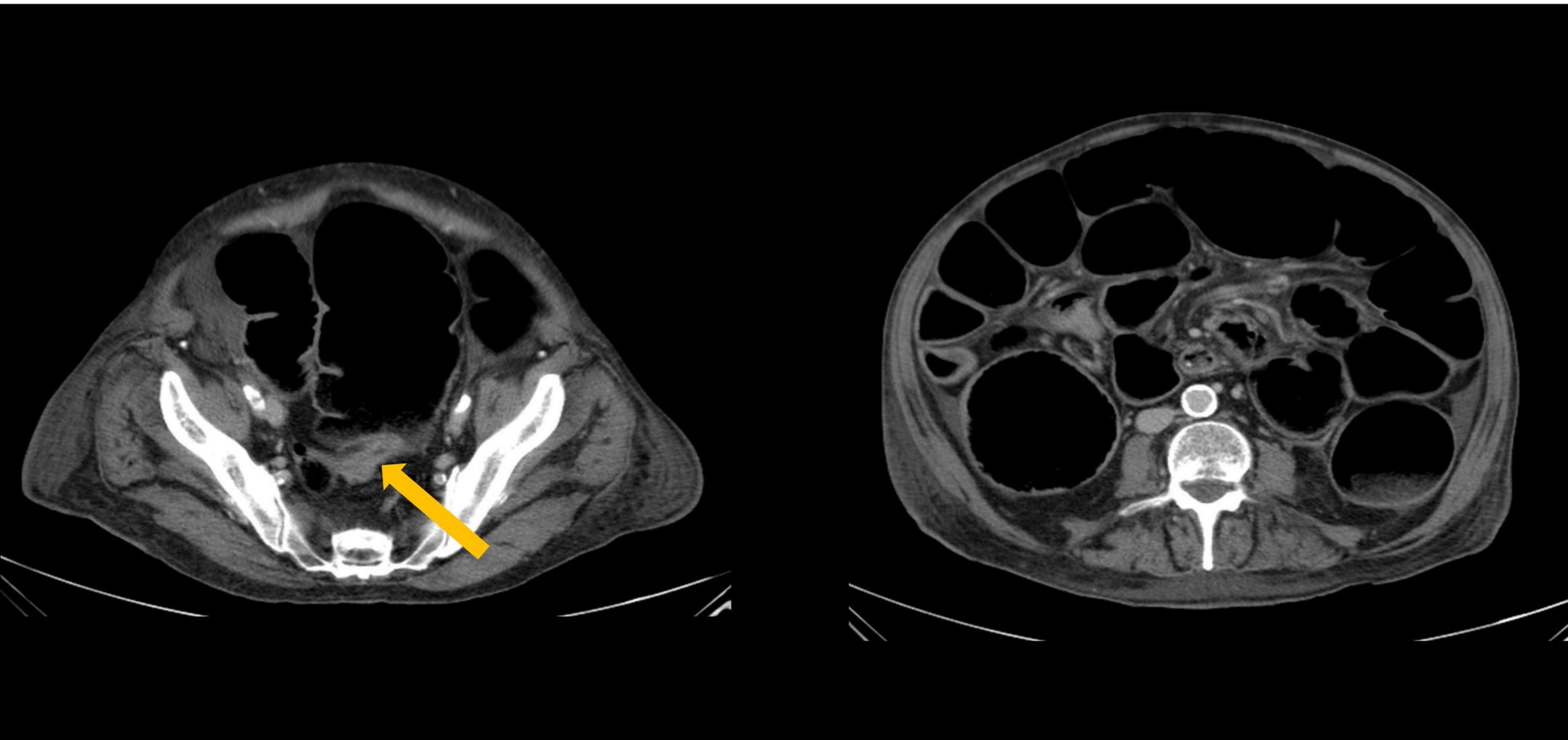
NEOPLASIA DE COLON

Los signos clínicos de la diverticulitis y el cáncer de colon se superponen, tanto en la anamnesis como en los estudios de imagen, y las dos entidades pueden ser difíciles de distinguir en ciertos pacientes.



TC con contraste intravenoso: múltiples divertículos y engrosamiento segmentario de la pared de sigma. Aumento de atenuación de la grasa adyacente y burbujas aéreas extraluminales por perforación. Diagnóstico de adenocarcinoma.

NEOPLASIA DE COLON



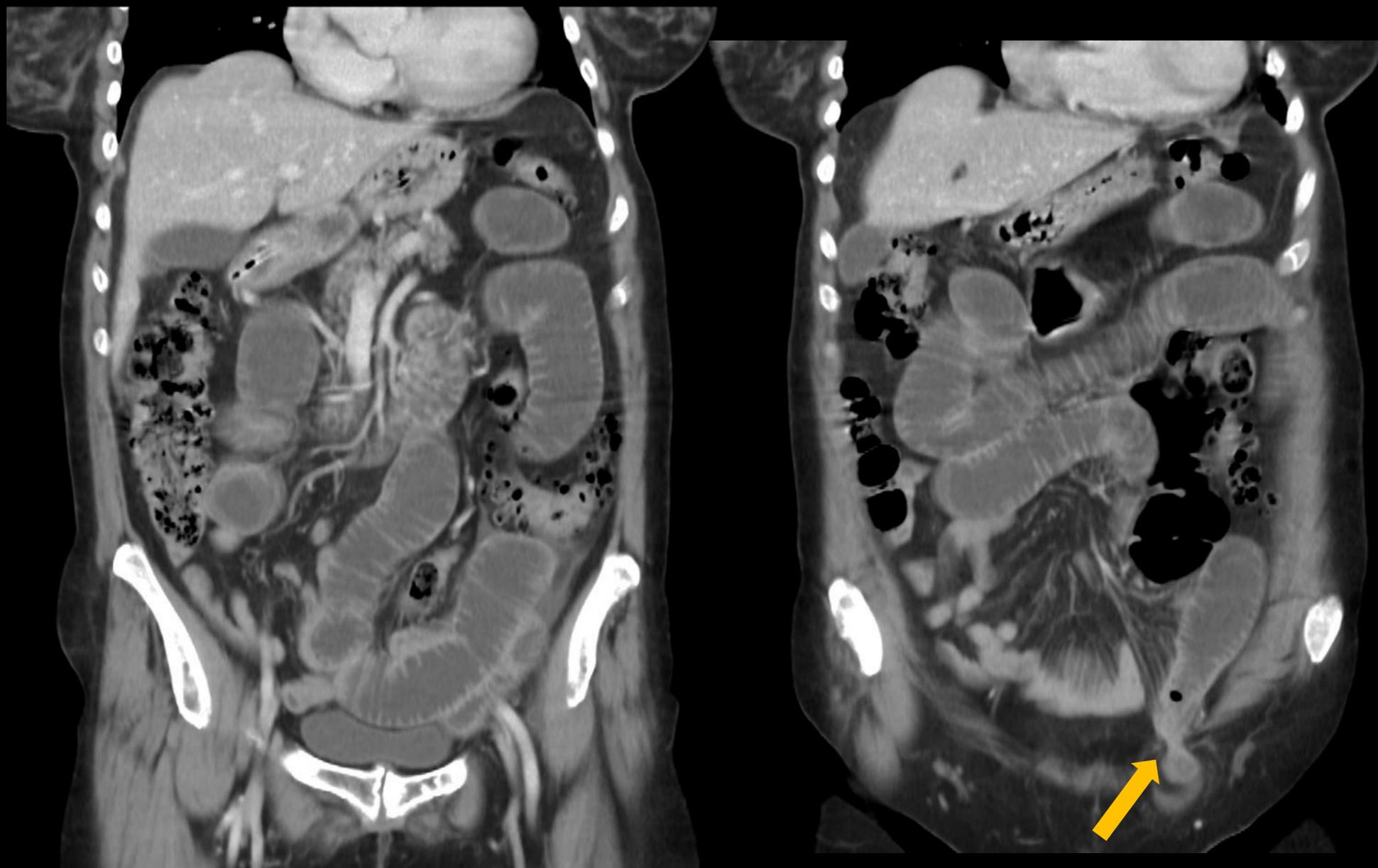
Paciente con dolor y distensión abdominal, vómitos. No expulsión de heces ni gas en los últimos días.

TC con contraste intravenoso: dilatación de asas de intestino delgado y de marco cólico con cambio brusco de calibre en sigma, el cual presenta engrosamiento de su pared. Sin otros hallazgos significativos.

Se vuelve a preguntar al paciente, refiere cuadro constitucional en los últimos meses (diagnóstico de adenocarcinoma).

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

La obstrucción intestinal consiste en la detención más o menos completa de heces y gases en cualquier tramo intestinal.

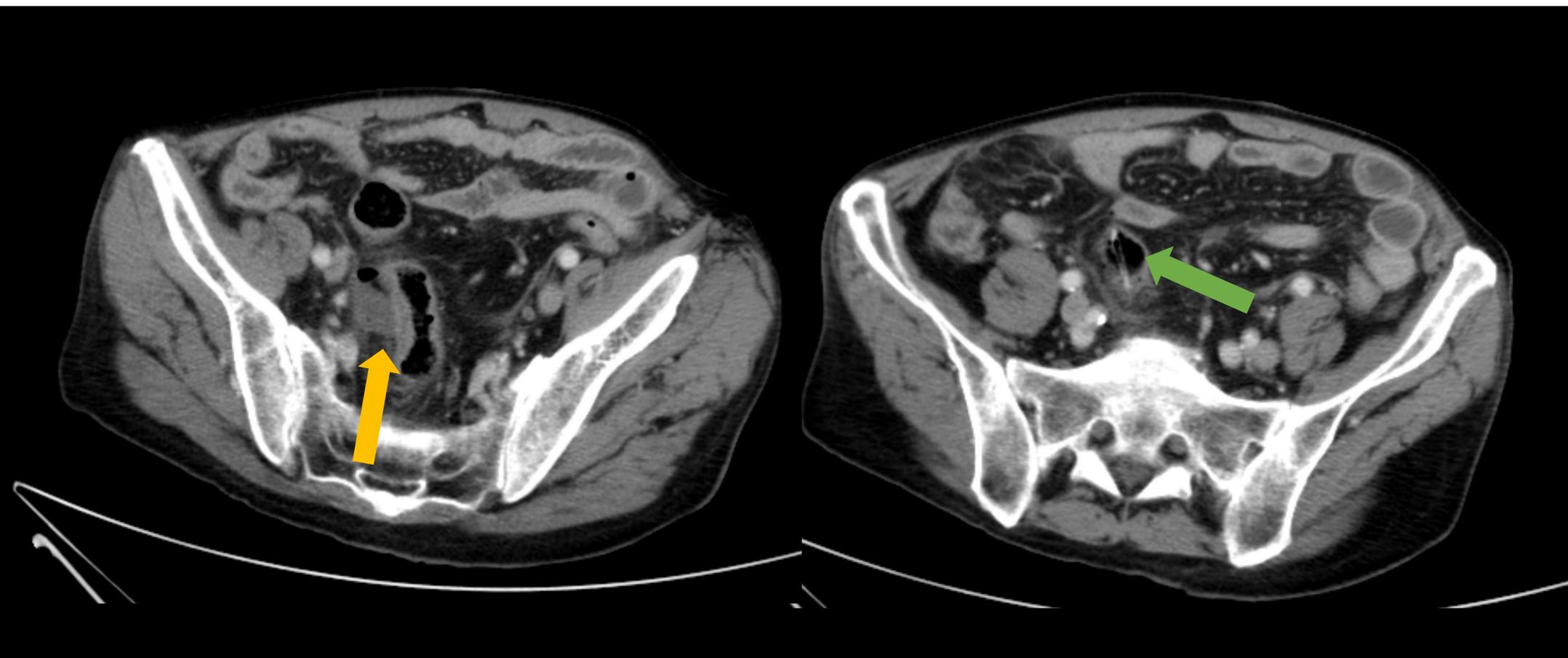


Paciente con dolor abdominal y vómitos en posos de café.
TC coronal con contraste intravenoso: se aprecia dilatación de asas de intestino delgado con cambio de calibre en región inguinal izquierda (con líquido libre adyacente). Hernia incarcerada.

PERFORACIÓN POR CUERPO EXTRAÑO

Generalmente la ingesta de cuerpos extraños se realiza de forma involuntaria. Un factor de riesgo es el uso de dentaduras postizas.

Las áreas más frecuentes de perforación son la región ileocecal y el rectosigma, por el estrechamiento y la angulación del tracto digestivo. La impactación puede estar favorecida por zonas de adherencias, zonas con divertículos o áreas de anastomosis quirúrgicas .

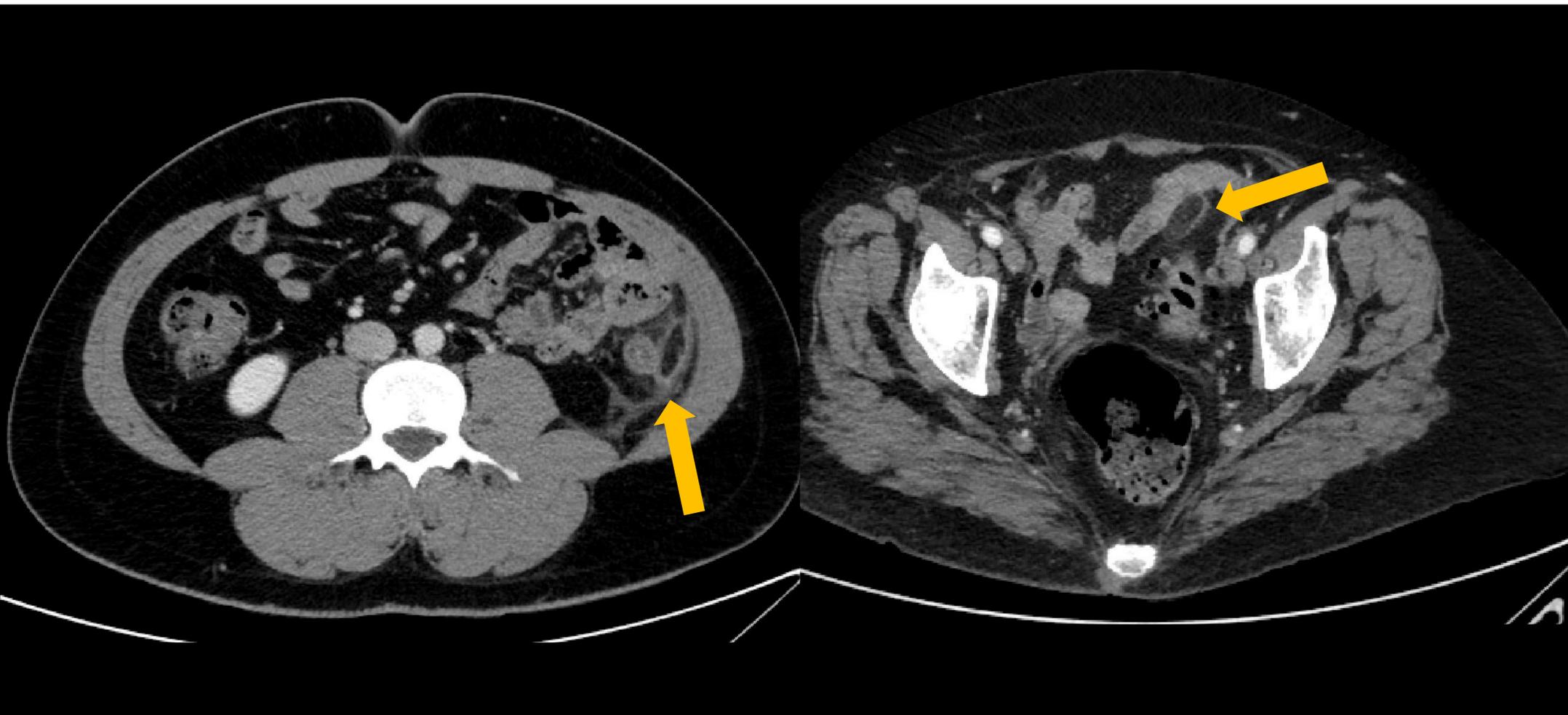


En sigma se observan burbujas aéreas extraluminales, líquido libre y aumento de atenuación de la grasa adyacente (flecha amarilla) en relación con perforación. Imagen lineal radiodensa intraluminal (flecha verde), sugerente de cuerpo extraño.

APENDICITIS EPIPLOICA

Los apéndices epiploicos son saculaciones peritoneales, inferiores a 5 cm de tamaño, que contienen vasos sanguíneos y grasa, y se localizan en la superficie serosa del colon. Pueden sufrir infarto como resultado de una torsión o por trombosis venosa espontánea.

Cursa con dolor abdominal agudo a punta de dedo, puede acompañarse de febrícula, leucocitos son normales o mínimamente elevados con aumento de la proteína C reactiva.

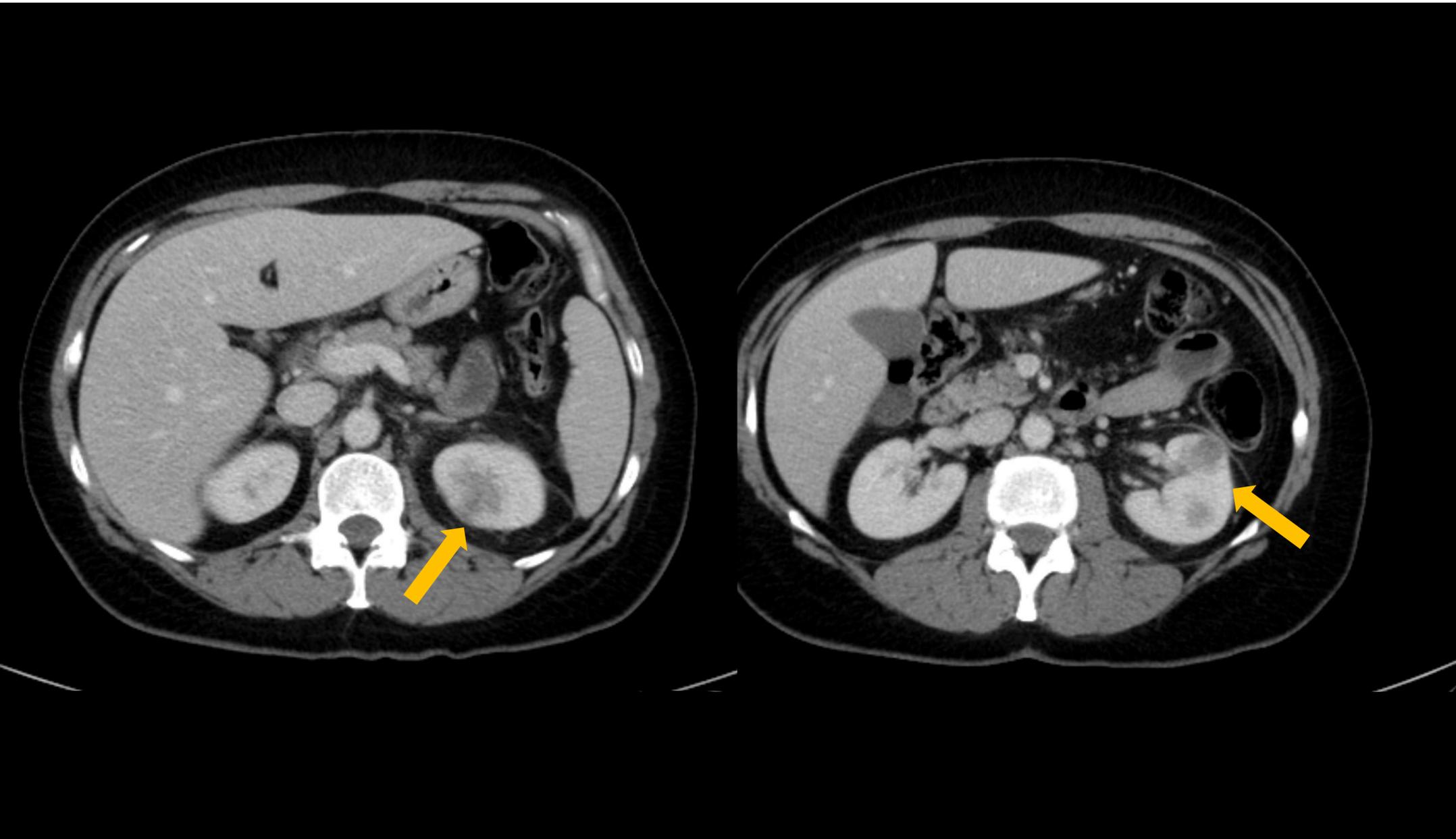


TC axial con contraste intravenoso

Imagen de morfología ovalada y densidad grasa. Presenta un halo de hiperatenuación y trabeculación de la grasa adyacente

PIELONEFRITIS

Es una infección que afecta al tracto urinario y al riñón.

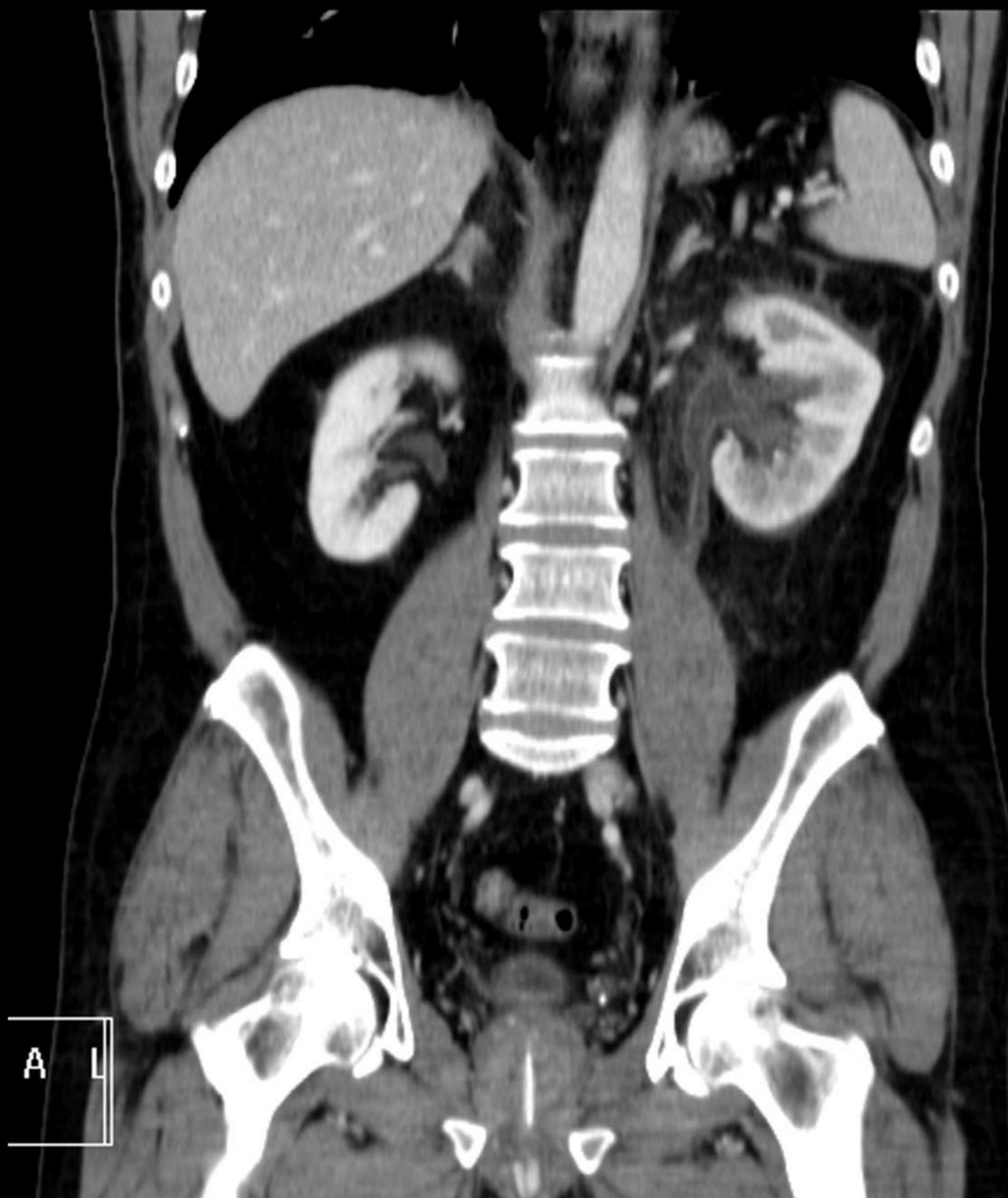


Paciente con dolor periumbilical y en FII, fiebre y leucocitosis.

TC con contraste intravenoso: riñón izquierdo con múltiples focos de hipocaptación, sugieren pielonefritis

CÓLICO RENAL IZQUIERDO

Obstrucción de la vía urinaria causada principalmente por cálculos.

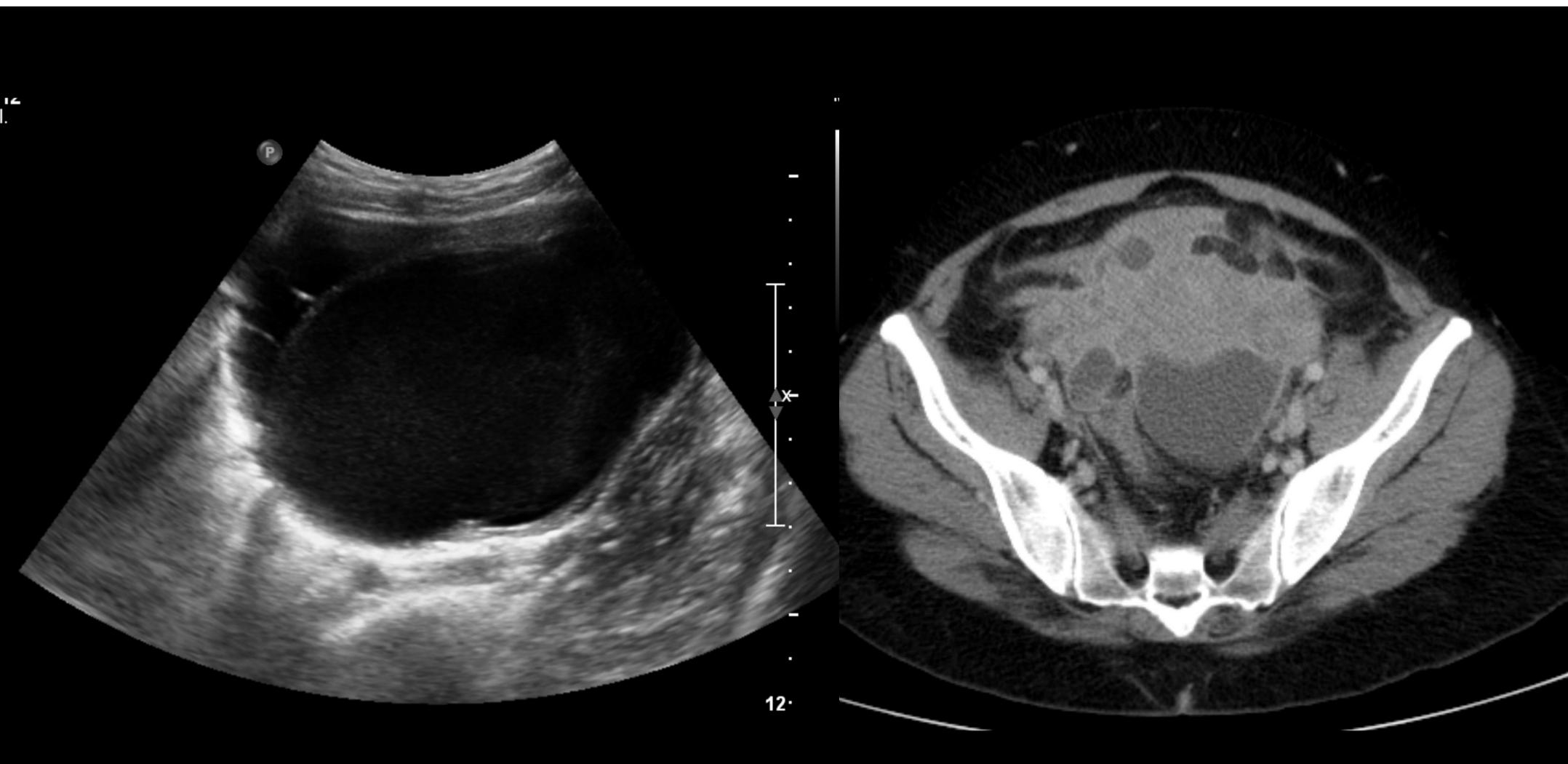


TC con contraste intravenoso coronal: se observa retraso en la captación de contraste por el riñón izquierdo con engrosamiento y realce de la pared de pelvis renal y uréter izquierdo (cambios inflamatorios) secundario a litiasis ureteral.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA (EIP)

Muchos tipos de bacterias pueden causar enfermedad inflamatoria pélvica, lo más frecuente es por infección de *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* (ambas de transmisión sexual).

En su evolución puede llegar a afectar al endometrio, miometrio, trompas, ovarios, parametrios y peritoneo pélvico.



Ecografía pélvica y TC con contraste intravenoso: colección en pelvis, en ecografía con contenido discretamente hiperecogénico. En TC varias colecciones con realce periférico.

COLECCIONES/ABSCESOS

Se forman por una infección o una inflamación abdominal por diferentes patologías, también después de una cirugía o tras un traumatismo.

Son colecciones líquidas que presentan, de márgenes bien o mal definidos, además pueden presentar septos, gas o nivel hidroaéreo en su interior.



TC con contraste intravenoso (axial y coronal): colección retroperitoneal izquierda, con realce periférico que desplaza al riñón.

COLECCIONES/ABSCESOS

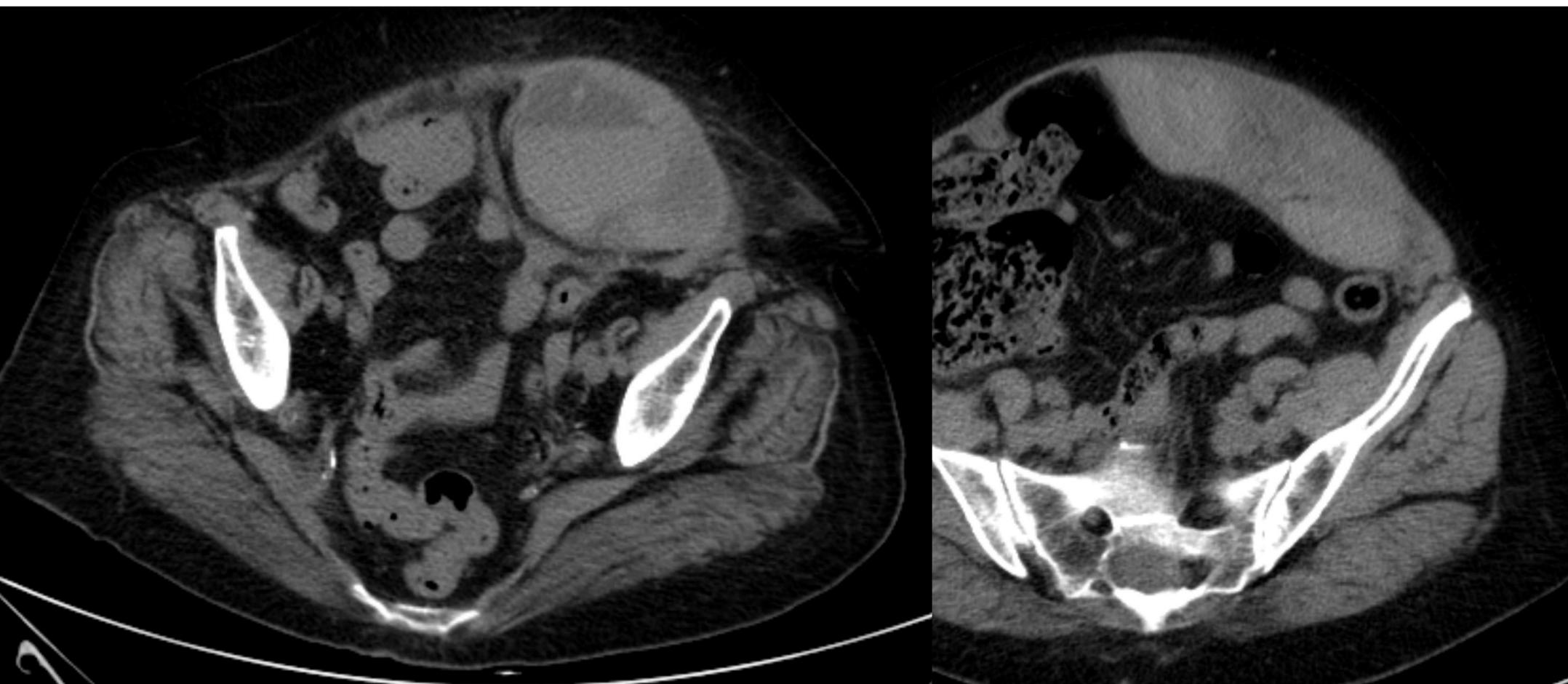


Ecografía (A) y TC (B) con contraste intravenoso: Colección en el flanco izquierdo, presenta continuidad hacia el polo superior del riñón izquierdo, el cual presenta alteración de la morfología.

HEMATOMA DE PARED ABDOMINAL

El hematoma espontáneo de la pared abdominal se presenta generalmente en pacientes con tratamiento anticoagulante, suelen actuar otros factores que aumentan la tensión de la musculatura abdominal (tos persistente, vómitos, embarazo, ascitis, estreñimiento) o que agreden directamente al músculo (laparotomías previas, paracentesis).

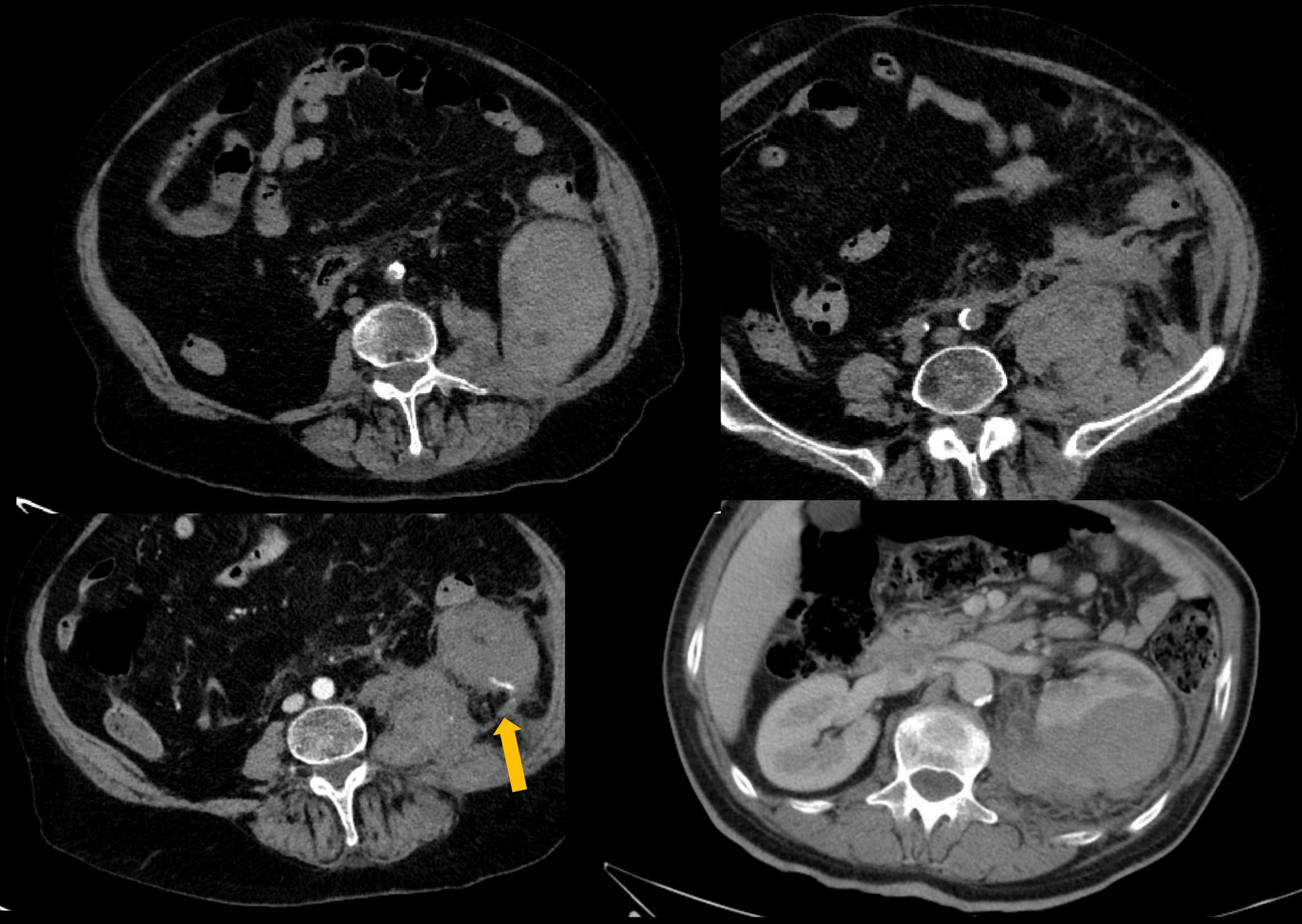
Puede afectar a cualquier localización de la pared abdominal, la más frecuente es la de la vaina de los rectos como consecuencia de la rotura de la arteria epigástrica inferior.



TC axial sin contraste intravenoso: engrosamiento del músculo recto anterior izquierdo, heterogéneo, con zonas de alta atenuación y con nivel líquido-líquido en su interior.

HEMATOMA RETROPERITONEAL

El hematoma retroperitoneal se produce como consecuencia de traumatismos, alteraciones de la coagulación, rotura de aneurismas aórticos o por tumores.

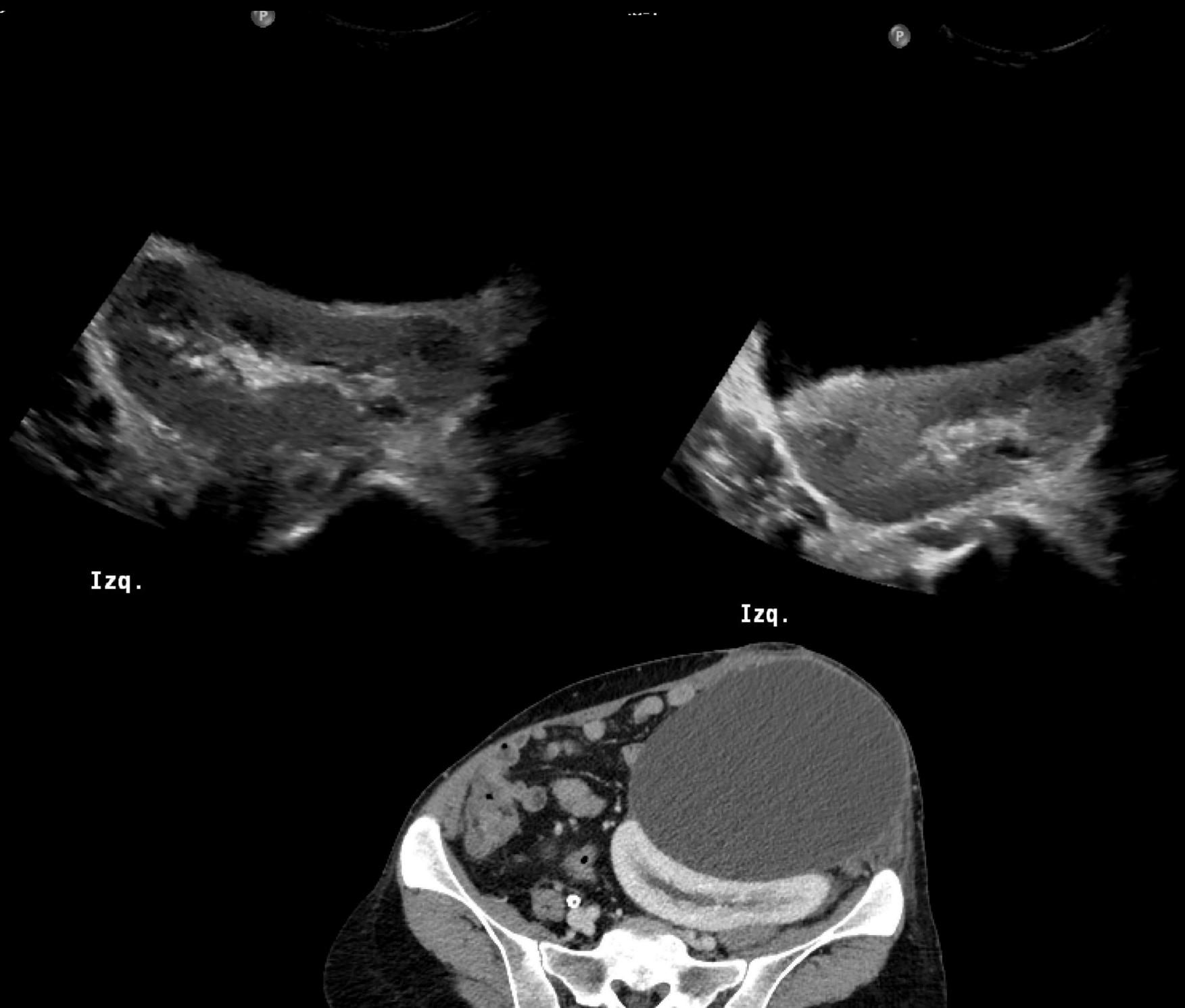


Dolor abdominal en hemiabdomen izquierdo, de 4 días, dolor y defensa en FII.

TC sin y con contraste intravenoso: masa en cara posterior del riñón izquierdo que rompe la cápsula, aumento de atenuación de la grasa perirrenal y pararenal que desciende por el psoas hasta la pelvis. Presenta extravasación de contraste (flecha) en relación con sangrado activo.

LINFOCELE

Masa quística que contiene linfa por alteración de los conductos linfáticos tras una cirugía o traumatismo.



Paciente con dolor en fosa ilíaca izquierda con sensación de masa y tumoración, antecedentes de trasplante renal.
Eco y TC con contraste intravenoso: gran colección peri-injerto que comprime y desplaza al riñón.

Conclusiones

- Debemos conocer las diferentes patologías que cursan con dolor en FII para valorar el correcto empleo de las pruebas de imagen que contribuyen a modificar la conducta diagnóstico-terapéutica.
- La TC es la prueba de imagen utilizada para el diagnóstico de la mayoría de las causas de dolor abdominal, permite realizar el diagnóstico e identificar posibles complicaciones.