

# LA FOSA ILÍACA DERECHA EN URGENCIAS: REVISIÓN DE 200 CASOS

**Tipo:** Presentación Electrónica Científica

**Autores:** Alvaro Arribas Marcos, Sandra Bermúdez Nieto, Frank Eric Farfan Leal, Angeles Silva Rodriguez, Agustina Vicente Bartulos

## Objetivos

EL objetivo fundamental de nuestro estudio es analizar y clasificar una serie de pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias de nuestro Hospital con dolor en la fosa iliaca derecha (FID) y a los que inicialmente se les realizó una ecografía abdominal. De esta manera se pretende establecer cuál es la patología más frecuente en esta región y que otros diagnósticos posibles podemos encontrar.

## Material y métodos

Para llevar a cabo el estudio se revisaron 200 ecografías abdominales realizadas en Urgencias durante tres meses del año 2014 elegidos aleatoriamente.

Los hallazgos ecográficos se clasificaron en: ecografía normal, apendicitis aguda, otra patología (ileítis aguda, enfermedad inflamatoria pélvica, adenitis mesentérica, diverticulitis aguda, y otras), y en no concluyente.

En los casos en los que la ecografía no fue concluyente y persistía la sospecha clínico-radiológica de patología abdominal aguda se les realizó un TC abdominopélico mientras que en aquellos casos cuya sospecha era baja no se realizaron más pruebas radiológicas.

## Resultados

De las 200 ecografías que se revisaron se obtuvo (**Fig.1**):

- 63 apendicitis agudas (**Fig.2**).
- 56 no concluyentes.

- 52 normales (ecografía sin hallazgos significativos).
- 29 otra patología: 10 ileítis agudas (**Fig.3**), 9 adenitis mesentéricas (**Fig.4**), 4 colitis agudas (**Fig.5**), 3 litiasis renoureterales (**Fig.6**), 1 quiste anexial complicado (**Fig.7**), 1 hernia inguinal incarcerada (**Fig.8**), 1 diverticulitis aguda (**Fig.9**)

De las 56 ecografías que fueron no concluyentes se realizaron 33 TC abdominopélvicos por persistencia de la sospecha clínico-radiológica y en 22 casos no se realizaron más pruebas radiológicas (**Fig.10**). De esta forma de los 33 TC realizados se obtuvo (**Fig.11**):

- 10 apendicitis agudas (**Fig.12**).
- 5 ileítis aguda (**Fig.13**).
- 3 neoplasias de colon (**Fig.14**).
- 2 normales.
- 2 adenitis mesentéricas (**Fig.15**).
- 2 enfermedades inflamatorias pélvicas (**Fig.16**).
- 2 quistes anexiales complicados (**Fig.17**).
- 1 hernia inguinal incarcerada (**Fig.18**).
- 1 cistoadenocarcinoma de ovario (**Fig. 19**)
- 1 infarto renal izquierdo (**Fig.20**).
- 1 apendagitis (**Fig.21**).
- 1 vasculitis (**Fig.22**).
- 1 litiasis renoureteral (**Fig.23**).
- 1 diverticulitis aguda (**Fig.24**).

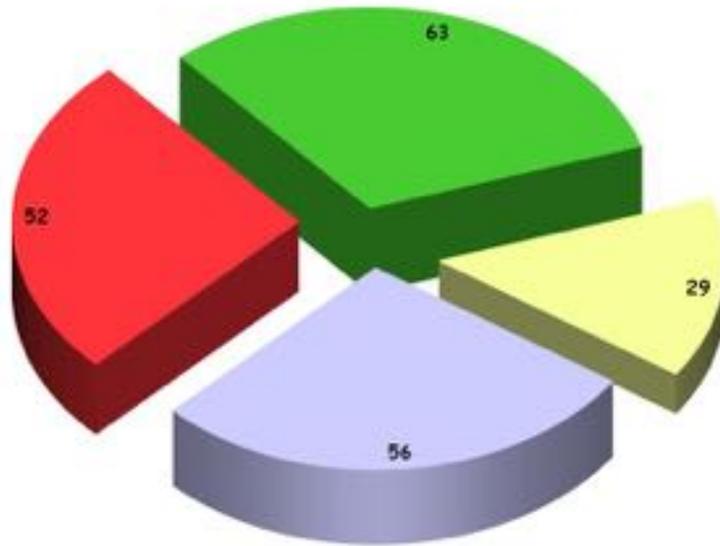
De esta forma obtenemos que de los 200 pacientes que acudieron por dolor en FID:

- 73 apendicitis agudas.
- 54 estudios normales.
- 23 no concluyentes.
- 15 ileítis agudas.
- 11 adenitis mesentéricas.
- 4 colitis agudas.
- 4 litiasis renoureterales
- 3 neoplasias de colon.
- 3 quistes anexiales complicados.
- 2 diverticulitis agudas.
- 2 hernias inguinales complicadas.
- 2 EIP.
- 1 apendagitis.
- 1 cistoadenocarcinoma de ovario.
- 1 infarto renal derecho.
- 1 vasculitis.

\*Los 23 restantes casos son las ecografías no concluyentes a las que no se les realizó TC dada la no persistencia de sospecha patológica tras la prueba inicial, sin embargo, no las podíamos incluir en los estudios normales ya que la ecografía no era concluyente.

**Imágenes en esta sección:**

■ NORMAL ■ APENDICITIS AGUDA ■ OTROS ■ NO CONCLUYENTE



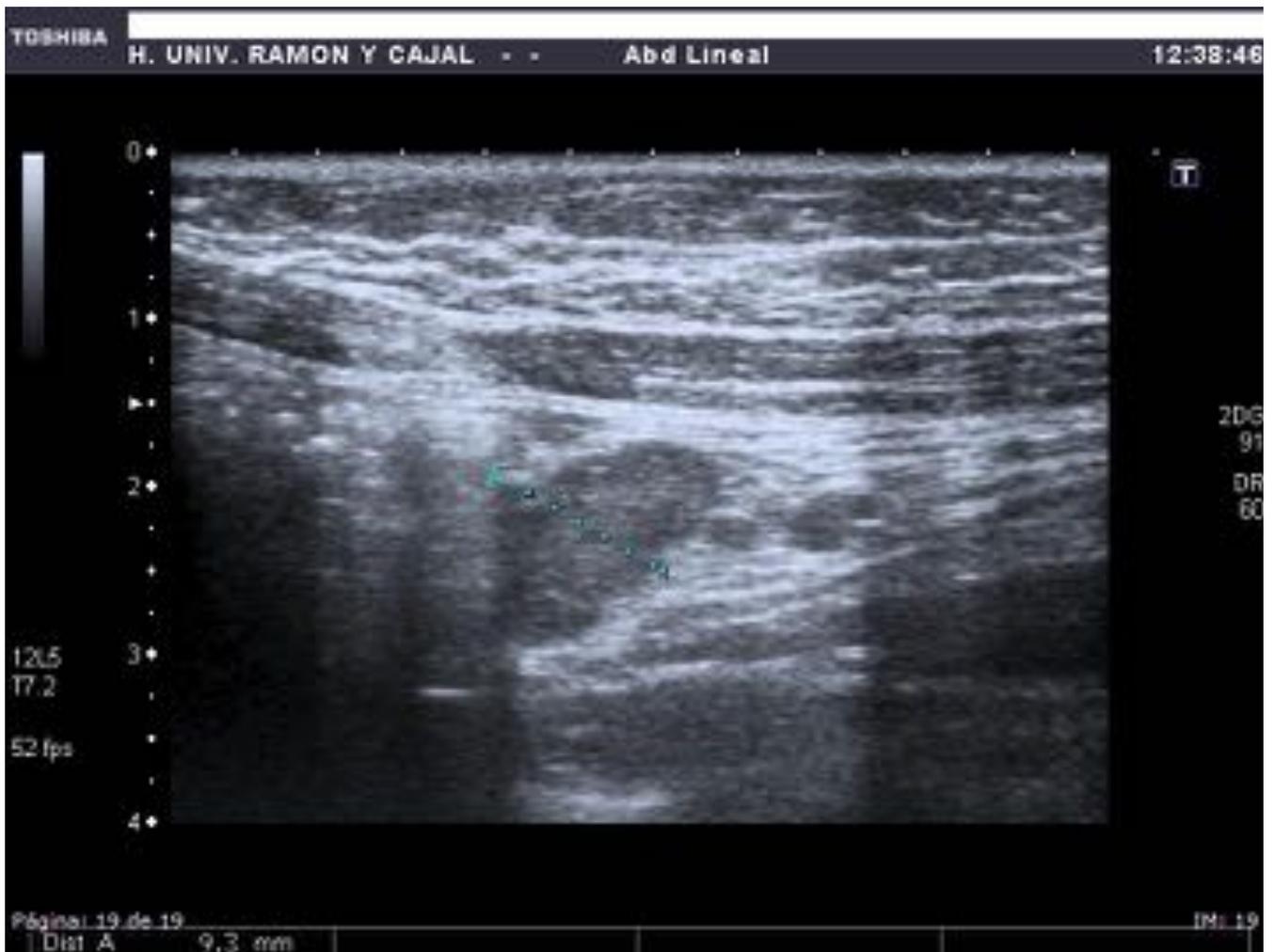
**Fig. 1:** Resultado de las 200 ecografías.



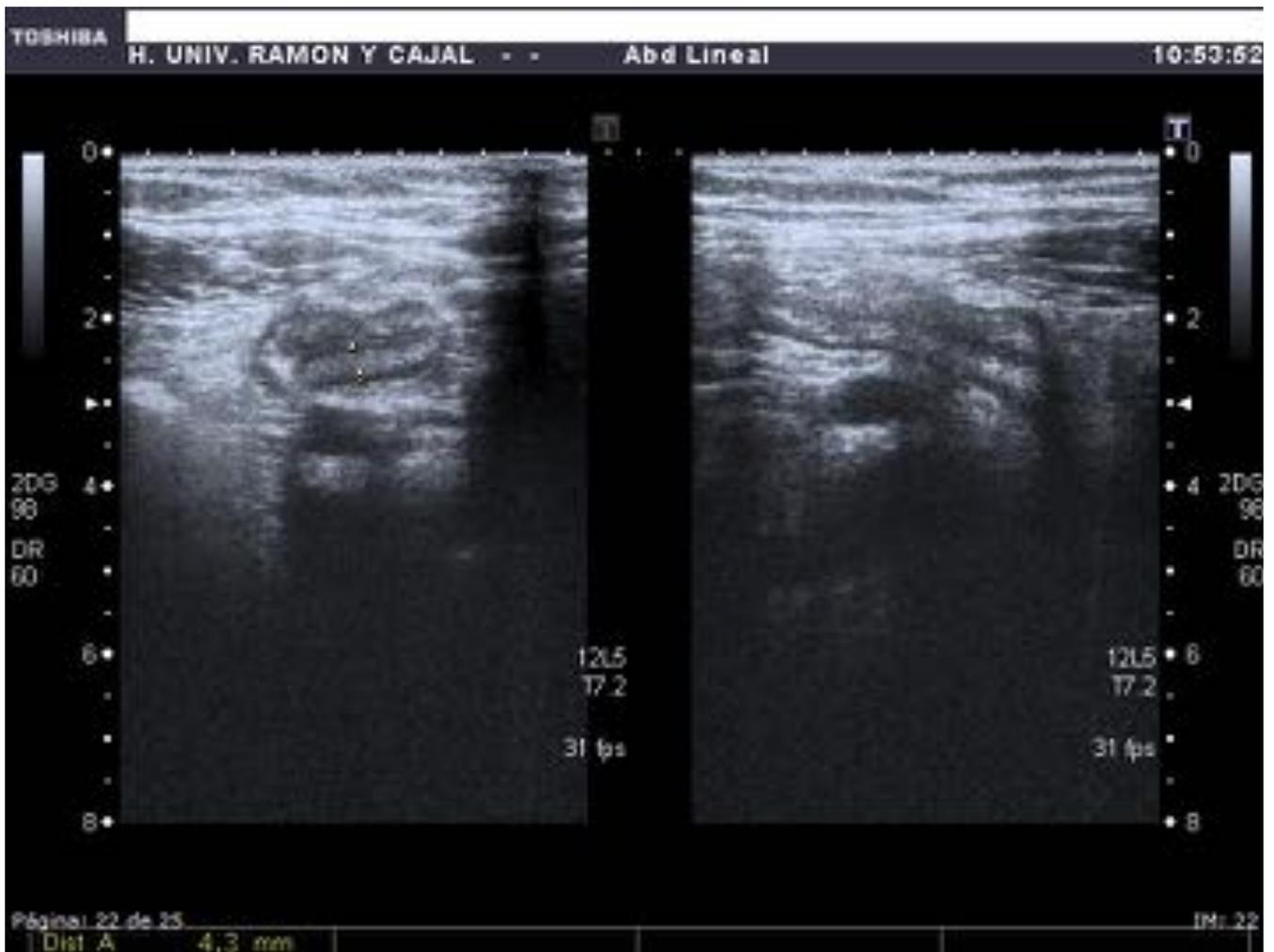
**Fig. 2:** Apéndice cecal de  $>6$  mm de diámetro en su punta, no compresible, con cambios inflamatorios locorregionales y mínima lengüeta de líquido libre adyacente. Apendicitis aguda no complicada



**Fig. 3:** Íleon distal de paredes engrosadas e hipocogénicas, con discretos cambios inflamatorios locorregionales.



**Fig. 4:** Adenopatías en FID muy sugestivas de adenitis mesentérica



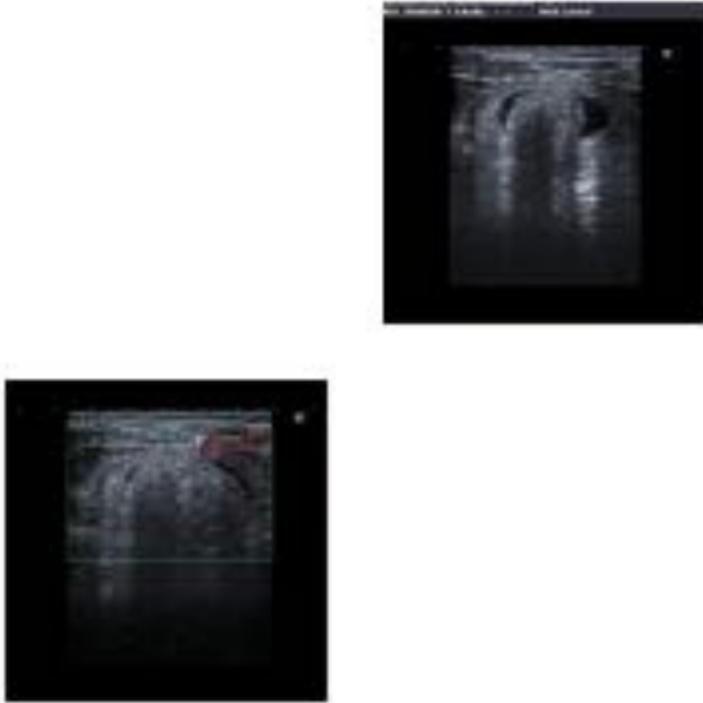
**Fig. 5:** Ciego de paredes engrosadas, hallazgos compatibles con colitis derecha



**Fig. 6:** Imágenes de riñón derecho y vejiga en las que se observa una dilatación de la vía excretora secundaria a litiasis (flecha) en la desembocadura ureteral, de 7 mm de diámetro.



**Fig. 7:** Quiste ovárico derecho de 33,5 mm con contenido heterogéneo compatible con quiste anejal complicado.

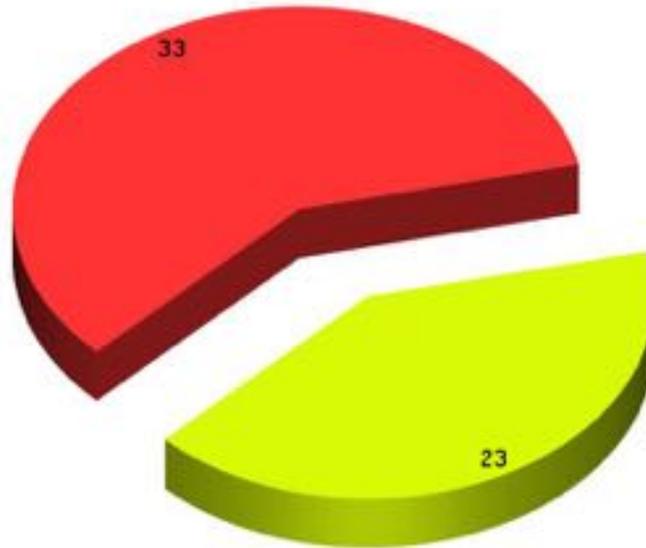


**Fig. 8:** Hallazgos compatibles con hernia inguinal incarcerada, identificándose un defecto en la pared abdominal a través del que se introduce un asa intestinal. No se observa peristaltismo ni captación con Doppler-color. Presenta discreta cantidad de líquido alrededor y no se reduce durante toda la exploración.



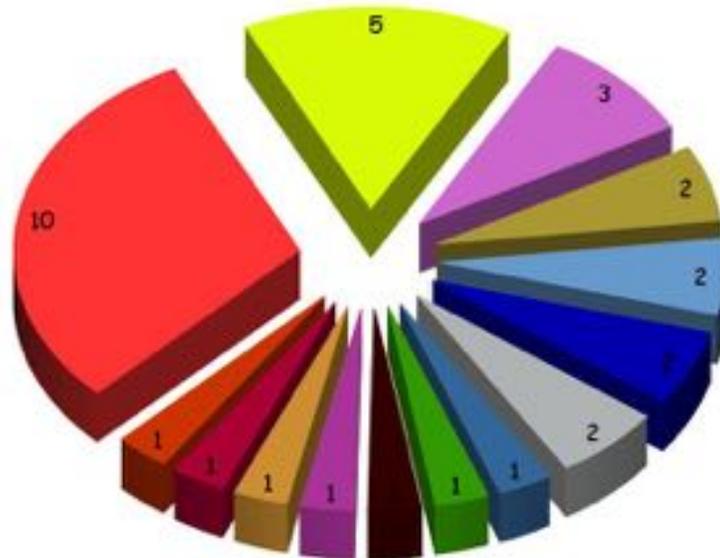
**Fig. 9:** Sigma de paredes engrosadas, con alguna imagen sacular compatible con divertículos. Hallazgos compatibles con diverticulitis aguda de sigma.

■ TC ■ BAJA SOSPECHA: NO MÁS PRUEBAS RADIOLÓGICAS

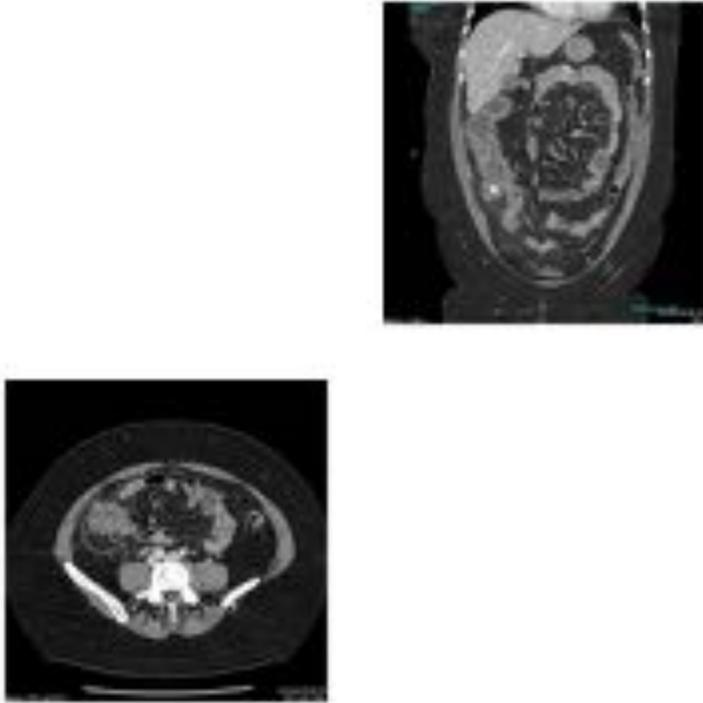


**Fig. 10:** Ecografías no concluyentes.

- APENDICITIS AGUDA    ■ ILEÍTIS AGUDA    ■ NEOPLASIA DE COLON    ■ ADENITIS MESENTÉRICA
- NORMALES    ■ QUISTE ANEXIAL COMPLICADO    ■ EIP    ■ DIVERTICULITIS    ■ HERNIA INGUINAL
- NEOPLASIA OVÁRICA    ■ INFARTO RENAL    ■ VASCULITIS    ■ APENDAGITIS    ■ CRU



**Fig. 11:** TC realizados por persistencia de la sospecha clínico-radiológica.



**Fig. 12:** Cortes axial y coronal (MPR) en los que se observa un apéndice cecal engrosado, con trabeculación de la grasa adyacente e imagen de apendicolito en su origen en el ciego. Además se aprecia alguna burbuja de neumoperitoneo. Hallazgos compatibles con apendicitis aguda perforada.



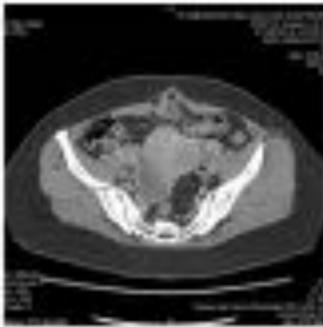
**Fig. 13:** Engrosamiento del íleon terminal (flecha), hallazgos compatibles con ileítis aguda.



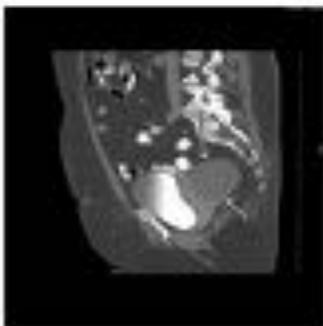
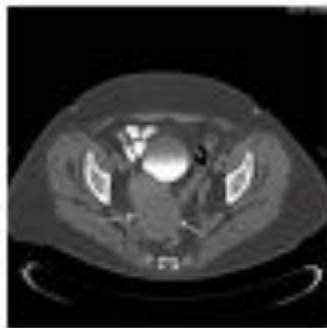
**Fig. 14:** Engrosamiento mural de aspecto mamelonado en ángulo hepático del colon (flecha) compatible con neoformación primaria.



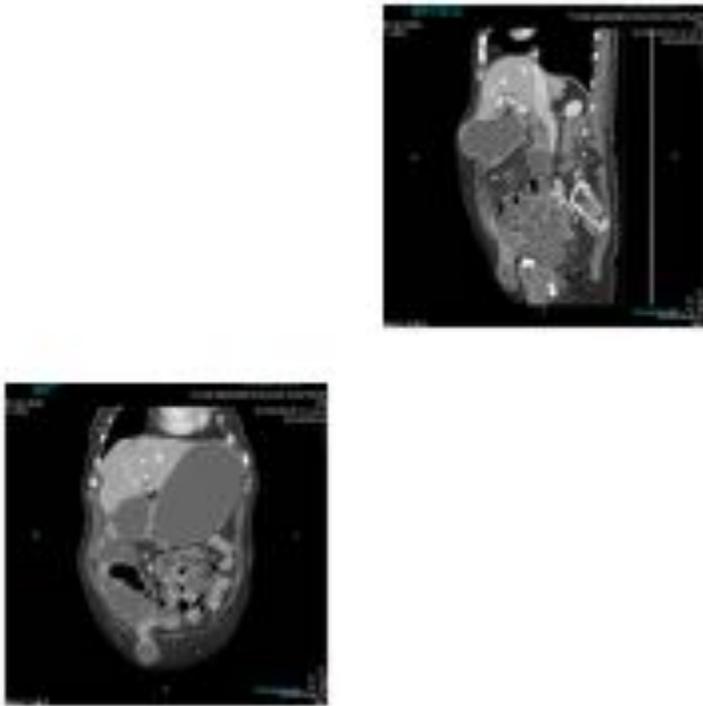
**Fig. 15:** Adenopatías en raíz mesentérica (flechas) compatibles con adenitis mesentérica.



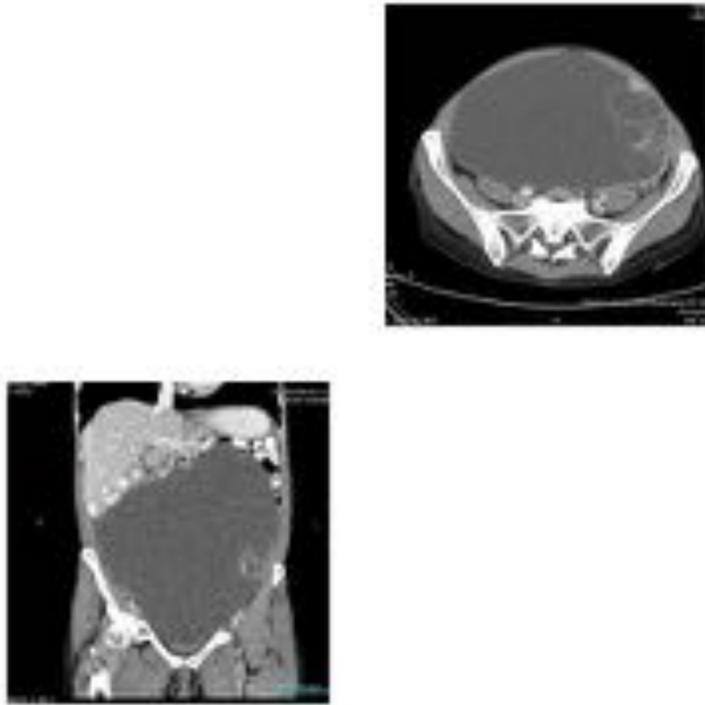
**Fig. 16:** Reconstrucciones axial y coronal (MPR), en las que se observa una estructura tubuliforme con contenido quístico, en región aneal derecha, sugestivo de trompa de Falopio, además de discreta cantidad de líquido libre en FID y pélvis, todo ello compatible con EIP.



**Fig. 17:** Reconstrucciones axial y sagital en las que se observa una imagen de aspecto quístico localizada en fondo de saco de Douglas con diámetro de 6,5 cm, posterior al cuerpo uterino. Muestra aumento de densidad con valores de atenuación de unos 38 UH. Es compatible con quiste anexial hemorrágico/complicado



**Fig. 18:** Reconstrucciones MPR sagital y coronal en las que se observa una hernia inguinal directa derecha, con discreta cantidad de líquido y cambios inflamatorios asociados, en cuyo interior se visualiza un asa de intestino delgado atrapada que produce dilatación de asas retrógradas con contenido líquido en su interior y patrón en miga de pan, todo ello sugestivo de hernia inguinal encarcerada con obstrucción intestinal secundaria



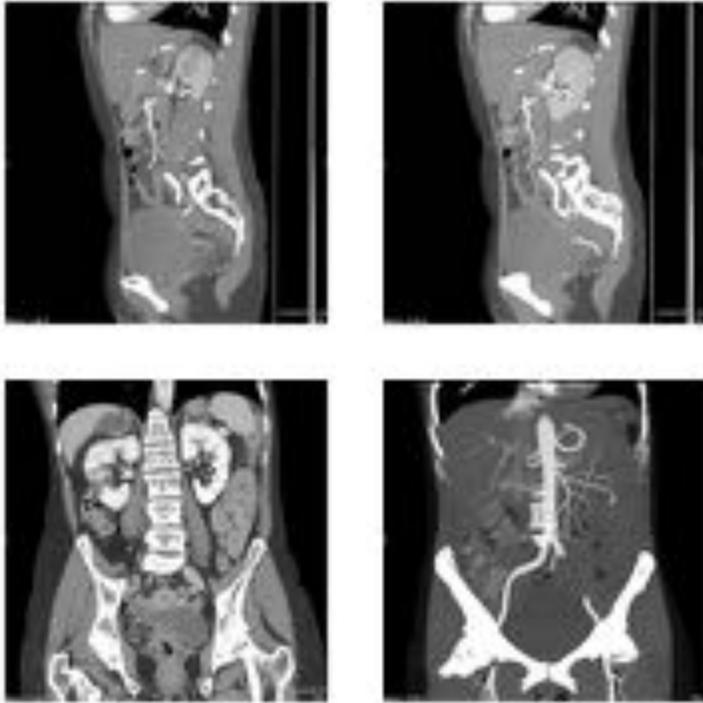
**Fig. 19:** Reconstrucciones axial y coronal en las que se observa una gran masa quística que ocupa la práctica totalidad del hemiabdomen inferior y pelvis, de bordes bien definidos con alguna loculación, con presencia de algún pequeño polo nodular sólido y área de tabicación en su vertiente izquierda, alguno de ellos engrosado. Dicha masa produce importante efecto de masa sobre los órganos adyacentes y es sugestiva de cistoadenocarcinoma de ovario.



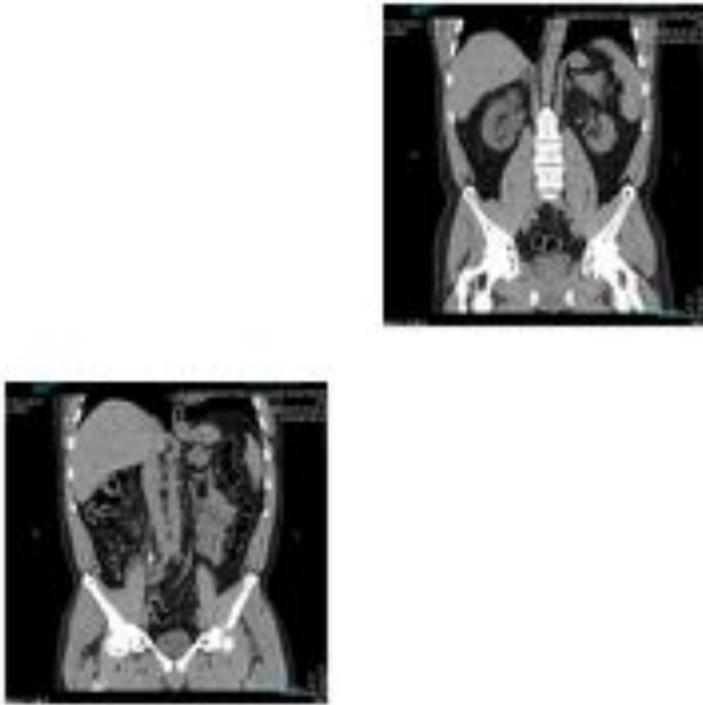
**Fig. 20:** Reconstrucción coronal (MPR) un riñón izquierdo con discreto número de áreas hipodensas parcheadas y mal definidas, con pérdida de diferenciación corticomedular, que asocia discreta trabeculación de la grasa perirrenal, sugestivo de isquemia / infarto renal



**Fig. 21:** Imagen en "dedo de guante" (flecha) localizada en vacío izquierdo, con trabeculación de la grasa locorregional, sin relación con el colon adyacente, hallazgos sugerentes de infarto de un apéndice epiploico o apendagitis.



**Fig. 22:** Reconstrucciones MPR y MIP en planos sagital y coronal en las que se observa un marcado engrosamiento parietal de la arteria polar superior derecha que condiciona un flujo filiforme en su interior y trombosis distal, con infarto renal secundario. Hay hallazgos similares afectando a arteria mesentérica superior y sus ramas. Todo ello compatible con vasculitis de vaso mediano (PAN)



**Fig. 23:** Reconstrucciones MPR coronales de TC sin contraste intravenoso, donde se aprecia uréterohidronefrosis derecha grado II/III detectándose en el tercio medio del uréter derecho litiasis obstructiva



**Fig. 24:** Se aprecian múltiples divertículos de sigma (flecha), que asocian una marcada alteración de la grasa locorregional, en relación con diverticulitis aguda. Además se observan algunas burbujas de neumoperitoneo que sugieren perforación del sigma por el proceso inflamatorio.

## Conclusiones

Con los resultados en la mano podemos concluir que la patología más frecuente obtenida en nuestro estudio para aquellos pacientes que acudieron por dolor en la FID fue la apendicitis aguda con un 36,5% (cerca al 40% de otros estudios), seguida de lejos por la ileítis aguda y por la adenitis mesentérica, 7,5% y 5,5%, respectivamente.

En un 27% de los pacientes la ecografía y la TC descartaron patología abdominal aguda.

De esta forma de manera combinada la ecografía y la TC consiguieron establecer el diagnóstico de la práctica totalidad de los pacientes (93,5%), permitiendo adecuar el posterior tratamiento y evitando intervenciones quirúrgicas innecesarias.

## **Bibliografía / Referencias**

1) Andrei S. Purysko, Erick M. Remer, Hilton M. Leão Filho, Leonardo K. Bittencourt, Rodrigo V. Lima, Douglas J. Racy. - **Beyond Appendicitis: Common and Uncommon Gastrointestinal Causes of Right Lower Quadrant Abdominal Pain at Multidetector CT.** - RadioGraphics 2011; 31:927–947

2) Pierre-Alexandre Poletti, Alexandra Platon, Thomas De Perrot, Francois Sarasin, Elisabeth Anderegg, Olivier Rutschmann, Elise Dupuis-Lozeron, Thomas Perneger, Pascal Gervaz, Christoph D. Becker. - **Acute Appendicitis: Prospective Evaluation of a Diagnostic Algorithm Integrating Ultrasound and Low-Dose CT to Reduce the Need of Standard CT.** - Eur Radiol 2011; 21:2558–2566