

UroImAgen

Tratado de **Urología** en Imágenes

Reservados todos los derechos de los propietarios del copyright.

Prohibida la reproducción total o parcial de cualquiera de los contenidos de la obra.

© **Editores: Ángel Villar-Martín, Jesús Moreno Sierra, Jesús Salinas Casado**

© Los autores

© Editorial: LOKI & DIMAS

El contenido de esta publicación se presenta como un servicio a la profesión médica, reflejando las opiniones, conclusiones o hallazgos de los autores. Dichas opiniones, conclusiones o hallazgos no son necesariamente los de Almirall, por lo que no asume ninguna responsabilidad sobre la inclusión de los mismos en esta publicación.

ISBN: 978-84-940671-7-4

Depósito legal: M-24989-2013

Patrocinado por:



Soluciones pensando en ti

ABDOMEN AGUDO DE ORIGEN UROGINECOLÓGICO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL POR IMAGEN

CONCEPTO DE ABDOMEN AGUDO	3
ROTURA DE QUISTE OVÁRICO	6
GESTACIÓN EXTRAUTERINA	7
HIPERESTIMULACIÓN OVÁRICA.....	8
TORSIÓN OVÁRICA.....	9
ABSCESOS TUBOOVÁRICOS	9
TROMBOSIS DE LA VENA OVÁRICA.....	10
OTRAS CAUSAS EXCEPCIONALES GINECO-OBSTÉTRICAS.....	11
DOLOR ABDOMINAL EN GESTANTE	11
CAUSAS UROLÓGICAS	13
PATOLOGÍAS MENOS FRECUENTES.....	14

TÉCNICAS DE IMAGEN EMPLEADAS	14
CONCLUSIONES.....	16
RESUMEN.....	17
BIBLIOGRAFÍA.....	18

ABDOMEN AGUDO DE ORIGEN UROGINECOLÓGICO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL POR IMAGEN

Almudena Pérez Quintanilla, Mónica Bellón del Amo, Francisco Javier García Santos.

Servicio de Ginecología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

CONCEPTO DE ABDOMEN AGUDO

El abdomen agudo se define como aquel proceso patológico intraabdominal, que cursa con dolor de reciente inicio, repercusión sistémica y que requiere un diagnóstico y tratamiento tempranos. Sin embargo, existen múltiples procesos extraabdominales que cursan con dolor abdominal agudo, simulando un abdomen agudo, y será necesario tenerlos en cuenta en el momento diagnóstico (**Tabla 1**).

El dolor abdominal agudo debe ser tomado en cuenta como una urgencia médica; es preciso realizar una buena anamnesis y exploración clínica. Las características del dolor, intensidad, irradiación, localización, la presencia de náuseas y vómitos escasos, y otra sintomatología asociada, darán una información fundamental; además, la evolución del dolor es un dato importante, por lo que deben evitarse analgésicos y antibióticos hasta establecer el diagnóstico.

TABLA 1. Clasificación de Bockus de las patologías que pueden causar abdomen agudo

GRUPO A. Padecimientos intraabdominales que requieren cirugía inmediata
1. Apendicitis aguda complicada (absceso o perforación)
2. Obstrucción intestinal con estrangulación
3. Perforación de víscera hueca: úlcera péptica perforada, perforación diverticular de colon, perforación de íleon terminal, perforación de ciego o sigmoides secundarios a tumor maligno
4. Colecistitis aguda complicada (piocolecisto, enfisematosa en el diabético)
5. Aneurisma disecante de aorta abdominal
6. Trombosis mesentérica
7. Ginecológicas: quiste de ovario torcido, embarazo ectópico roto
8. Torsión testicular
9. Pancreatitis aguda grave (necroticohemorrágica)
GRUPO B. Padecimientos abdominales que no requieren cirugía
1. Enfermedad acidopéptica no complicada
2. Padecimientos hepáticos: hepatitis aguda, absceso hepático
3. Padecimientos intestinales (gastroenteritis, ileítis terminal, intoxicación alimentaria)
4. Infección de vías urinarias, cólico nefroureteral
5. Padecimientos ginecológicos: enfermedad pélvica inflamatoria aguda, dolor por ovulación o dolor intermenstrual
6. Peritonitis primaria espontánea (en cirróticos)
7. Hemorragia intramural del intestino grueso secundaria a anticoagulantes
8. Causas poco frecuentes: fiebre mediterránea, epilepsia abdominal, porfiria, saturnismo, vasculitis
GRUPO C. Padecimientos extraabdominales que simulan abdomen agudo
1. Infarto agudo del miocardio
2. Pericarditis aguda
3. Congestión pasiva del hígado
4. Neumonía
5. Cetoacidosis diabética
6. Insuficiencia suprarrenal aguda
7. Hematológicas: anemia de células falciformes, púrpura de Henoch-Schönlein

En caso de sospechar un abdomen agudo, será necesario realizar pruebas analíticas para detectar indicadores de inflamación e infección, radiografía de tórax y abdomen, y ecografía. Sólo en algunos casos, será preciso ampliar las técnicas de imagen para facilitar el diagnóstico.

Debe hacerse un algoritmo diagnóstico para diferenciar los casos en los que será necesario el tratamiento quirúrgico y clasificar su origen. El dolor abdominal agudo puede ser de causa ginecológica, vascular, digestiva o urológica (**Tabla 2**).

TABLA 2. Causas de dolor abdominal según etiología

CAUSA OBSTÉTRICA	CAUSA GINECOLÓGICA	CAUSA UROLÓGICA	CAUSA DIGESTIVA
Aborto	Dismenorrea/ovulación	Pielonefritis	Apendicitis
Gestación ectópica	Endometriosis	Síndrome uretral	Cólico intestinal
<i>Abruptio</i>	Torsión ovárica	Uropatía obstructiva	Colecistitis/colelitiasis
Rotura uterina	Rotura folicular	Rotura vesical	Pancreatitis
Parto	EIP		Diverticulitis
	Tumores anexiales		Colon irritable
	Miomas uterinos		Síndrome adherencial
	Síndrome ovario residual		Obstrucción intestinal
			Úlcera

Entre las causas digestivas¹ más frecuentes, podemos citar la apendicitis, colecistitis o colelitiasis, hernias complicadas, diverticulitis, adenitis mesentérica, enfermedad de Crohn, pancreatitis, perforación u obstrucción intestinal e infección por Yersinias. Alteraciones cardiológicas, gastroduodenales (hemorragia, úlcera perforada) o vasculares (como el tromboembolismo o la disección aórtica), también pueden dar clínica de dolor abdominal agudo.

Las causas urológicas de abdomen agudo son, principalmente, postoperatorias ya que, riñón, uréteres y vejiga, son retroperitoneales; sin embargo, la litiasis ureteral, retención urinaria y la

pielonefritis, provocan dolor abdominal que precisa el diagnóstico diferencial con el resto de causas de abdomen agudo.

Las causas ginecológicas más frecuentes son: la gestación ectópica, la torsión anexial, el absceso tuboovárico y la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), el cuerpo lúteo o folículo hemorrágico².

A continuación, en este artículo veremos algunas de las causas gineco-obstétricas, como:

- Rotura de quiste ovárico.
- Gestación extrauterina.
- Hiperestimulación ovárica.
- Torsión ovárica.
- Abscesos tuboováricos.
- Trombosis de la vena ovárica.

ROTURA DE QUISTE OVÁRICO

Es frecuente la aparición de quistes de tipo funcional en el ovario, que pueden cursar con sintomatología aguda de dolor abdominal. Normalmente, regresan espontáneamente pero, en ocasiones, pueden romperse cursando con hemoperitoneo y abdomen agudo. En estas ocasiones, será necesaria la valoración de intervención quirúrgica.

En la ecografía, es típica la imagen quística totalmente anecoica en el ovario, o con ecos de depósito de sangre, en la parte más declive. Los quistes funcionales hemorrágicos dan imágenes ecográficas de líquido libre en Douglas con ecos difusos (hemoperitoneo) acompañado de una imagen ovárica, normalmente compleja, con áreas hiperrefringentes sólidas, que corresponden a coágulos organizados, tabiques, ecos difusos e, incluso, áreas de

intensa vascularización típica del cuerpo lúteo. Presentan índices de resistencia y pulsatilidad más bajos que los quistes orgánicos benignos, pero más altos que los quistes malignos. Es importante ser conservador ante la sospecha de un cuadro funcional, el diagnóstico de confirmación se realiza con ecografías seriadas.

La endometriosis es una causa típica de dolor abdominal y pélvico crónico, sin embargo, están descritos³ casos de dolor abdominal agudo con hemoperitoneo por rotura de quistes endometriósicos. La imagen sería de líquido libre peritoneal junto a imágenes anexiales complejas en mujer en edad fértil, puede afectar a las vías urinarias y al tracto intestinal, comportándose de forma similar a una neoplasia.

GESTACIÓN EXTRAUTERINA

Es una causa frecuente de abdomen agudo y puede darse en pacientes que aún no saben que están embarazadas, por lo que es una causa a tener en cuenta en toda mujer en edad fértil con dolor abdominal agudo.

La zona de implantación más frecuente es la trompa de Falopio, pero están descritos casos de gestaciones cervicales, ováricas, peritoneales, epiplón⁴, en vísceras abdominales y en cicatrices uterinas. El síntoma más frecuente es el dolor abdominal, aunque, en las implantaciones extratubáricas, el dolor es más difuso y, la gestación, más difícil de localizar por ecografía. El diagnóstico es clínico y mediante ecografía: el dolor abdominal agudo +/- sangrado vaginal en gestante, con ausencia de gestación intrauterina, en la ecografía, hace sospechar una gestación ectópica. La imagen ecográfica de la gestación ectópica es una imagen anecoica anexial rodeada de un doble halo hiperrefringente que corresponde a la vesícula rodeada de coágulos en la trompa, próxima a uno de los ovarios. En ocasiones, puede objetivarse el embrión, con o sin latido cardíaco. En el útero, puede observarse el

endometrio decidualizado e, incluso, el llamado “pseudosaco gestacional”, imagen econegativa rodeada de un solo anillo ecogénico. En gestaciones muy incipientes, o implantaciones en zonas infrecuentes, será necesaria la cuantificación sucesiva de β -hcg para el diagnóstico. La presencia de líquido libre sugiere una rotura tubárica y hemoperitoneo, que produce la irritación peritoneal y hace más probable la necesidad de tratamiento quirúrgico urgente.

Como caso excepcional, debe citarse la posibilidad de abdomen agudo por rotura de gestación heterotópica⁵ (gestación ectópica simultánea con gestación intrauterina).

HIPERESTIMULACIÓN OVÁRICA⁶

Aunque puede darse durante una gestación espontánea, es una patología en aumento debido al incremento de las técnicas de fecundación *in vitro* (FIV). Se da, fundamentalmente, en pacientes tras inducción de la ovulación y una FIV que ha tenido éxito, más si tenía SOP (síndrome del ovario poliquístico).

Presenta una clínica de abdomen agudo, náuseas y vómitos, hipotensión y líquido libre peritoneal. Puede acompañarse de complicaciones como: creación de tercer espacio, hemoconcentración, fallo renal, y fenómenos tromboembólicos. Aumenta el riesgo, además, de torsión ovárica, hemorragia por rotura ovárica y embarazo ectópico.

En la ecografía, se objetiva un amplio volumen de líquido libre intraabdominal anecoico, ovarios aumentados de tamaño, con múltiples imágenes foliculares y flujos conservados; se debe confirmar, además, la gestación intrauterina.

La radiografía de tórax puede mostrar sufusiones pleurales bilaterales. Puede estar indicada la paracentesis, para descartar sangrado. El tratamiento debe ser conservador⁷: reposición hidroelectrolítica, anticoagulación y se debe reservar la intervención quirúrgica para las complicaciones (rotura ovárica, torsión).

TORSIÓN OVÁRICA⁸

Presenta dolor abdominal con características poco definidas; es difícil de identificar. Típicamente, se da en pacientes en edad fértil aunque puede darse en cualquier etapa de la vida, siendo más difícil su diagnóstico en la infancia y en la postmenopausia, por tener otras sospechas diagnósticas⁹. Es más frecuente cuando el anejo está aumentado de tamaño por un quiste o masa de cualquier etiología. También, es posible, aunque infrecuente, la torsión tubárica aislada¹⁰.

La ecografía Doppler suele ser la prueba de imagen diagnóstica; en ella, se encuentra un ovario aumentado de tamaño, con distorsión de su arquitectura, frecuentemente, con una masa subyacente (hemorragia folicular, quiste de paraovario) o sin ella, con imágenes quístico-foliculares dispersas junto a áreas hiperecogénicas. El Doppler color muestra los vasos retorcidos, siguiendo los giros del pedículo. La ausencia de flujo sanguíneo en el Doppler sugiere torsión o infarto, pero su presencia no excluye el diagnóstico.

El TAC no es necesario para el diagnóstico de torsión anexial, pero será necesario interpretarlo cuando ha sido la primera prueba realizada en el seno de otra sospecha diagnóstica de abdomen agudo. Los hallazgos serán de una masa en línea media pélvica sin realce (ovario aumentado de tamaño) con un área densa adyacente. La RMN presenta imágenes similares al TAC, sin embargo, será más significativa la presencia de edema en el estroma como una señal de alta intensidad y numerosos folículos situados en la periferia.

ABSCESOS TUBOOVÁRICOS

La enfermedad inflamatoria pélvica presenta clínica de dolor abdominal agudo acompañado de fiebre y leucocitosis; es más frecuente a los 30-50 años. Tiene diferentes estados: endometritis, salpingitis, piosálpinx o absceso tuboovárico.

Su diagnóstico es, fundamentalmente, clínico y las técnicas de imagen son poco útiles en su diagnóstico, salvo que esté complicada con un absceso tuboovárico¹¹.

El absceso tuboovárico se describe en la ecografía¹² como una masa anexial compleja, o como una estructura tubular de densidad mixta, con escasa cantidad de líquido libre en fondo de saco de Douglas.

En el TAC¹³ se objetiva una masa anexial con densidad mixta, paredes gruesas, septos burbujas de gas internos y desplazamiento interior del mesosálpinx. El límite entre el borde uterino y las asas intestinales, será difuso. Puede acompañarse de uni o bilateral hidronefrosis con hidroureter. Es importante distinguirlo de un hidrosálpinx, residuo de una enfermedad inflamatoria pélvica antigua o de una salpingoligadura. Éste aparece como una masa quística tubárica de densidad fluida y con paredes finas.

TROMBOSIS DE LA VENA OVÁRICA

Es una causa poco frecuente de dolor abdominal que puede imitar abdomen agudo¹⁴. Se debe sospechar, principalmente, en el periodo postparto o postaborto, pero, también, en casos de enfermedad inflamatoria pélvica, cirugía reciente, enfermedad maligna o estados de hipercoagulabilidad; es extremadamente infrecuente de forma idiopática¹⁵. Puede presentar graves complicaciones como sepsis o tromboembolismo pulmonar. Puede ser diagnosticado mediante ecografía, TAC o RMN, pero es el TAC con contraste abdominopélvico, el de elección (sensibilidad del 95 % en comparación con 50 % en eco-Doppler)¹⁶, muestra el trombo en la vena ovárica y oclusión posterior al mismo.

OTRAS CAUSAS EXCEPCIONALES GINECO-OBSTÉTRICAS

- **Piosálpinx secundario a apendicitis gangrenosa¹⁷.**
En mujeres jóvenes, con deseos genésicos, no va a ser necesaria la salpingectomía, con la aspiración, el lavado con solución salina y un cicatrizante (yodo), suele ser suficiente.
- **Perforación espontánea de piometra¹⁸.**
Aunque es una entidad muy rara, debe ser tenida en cuenta en una mujer de edad avanzada con abdomen agudo.
- **Deciduosis peritoneal¹⁹.**
Están descritos muy pocos casos en la literatura. En este trabajo, se produjo una cesárea para terminar la gestación, y, la clínica de dolor abdominal agudo y la sospecha de apendicitis, se dieron hacia el 5º día del postoperatorio.

DOLOR ABDOMINAL EN GESTANTE

Ante una paciente con dolor abdominal durante la gestación, se deben tener en cuenta todas las etiologías de la paciente no embarazada, teniendo en cuenta los cambios anatómicos y fisiológicos de la misma, y, además, descartar las causas de dolor abdominal agudo propias de la gestación. Por ello, una de las pruebas iniciales ante una paciente con dolor abdominal agudo es un test de gestación.

Las molestias abdominales son normales durante la gestación (crecimiento uterino, contracciones de Braxton-Hicks, movimientos fetales), sin embargo, ante un dolor agudo acompañado de malestar general, fiebre, diarrea, vómitos o sangrado, se debe siempre descartar patología, y tener presente que la presencia de signos de irritación peritoneal nunca es normal en la gestación.

El tamaño del útero gestante puede comprimir el tracto urinario provocando la aparición de hidrouréter o hidronefrosis²⁰. La acción de la progesterona, disminuyendo el tono de las fibras musculares lisas, facilitan la aparición de nefrolitiasis y coleditiasis, ambas causas frecuentes de dolor abdominal y abdomen agudo.

Las causas más frecuentes de dolor abdominal agudo debidas a la gestación son:

- Aborto: dolor abdominal y sangrado, fundamentalmente, en el primer trimestre de la gestación. El diagnóstico se hace, normalmente, por ecografía al objetivar ausencia de latido cardiaco fetal o ausencia de crecimiento de la vesícula gestacional tras un periodo de tiempo.
- *Abruptio placentae*: su diagnóstico es clínico, con la clásica tríada de dolor abdominal, sangrado vaginal y aumento del tono uterino. Puede realizarse una ecografía urgente para valorar el estado fetal y el grado de desprendimiento de la placenta. Su tratamiento es la finalización inmediata de la gestación.
- Rotura uterina: es una emergencia obstétrica. Su diagnóstico es clínico presentando dolor abdominal agudo con irritación peritoneal, sangrado vaginal, cese de las contracciones uterinas, alteración del registro fetal o muerte fetal y, frecuentemente, alteración grave del estado general materno. El tratamiento es la cesárea urgente.
- Preeclampsia severa: la preeclampsia se diagnostica por HTA (aparición o empeoramiento) y proteinuria en gestante de más de 20 semanas. La aparición de alteraciones hepáticas es un signo de gravedad y suele cursar con dolor abdominal epigástrico, o en hipocondrio derecho, junto a alteraciones analíticas. En los casos muy severos, puede darse una hemorragia subcapsular o una rotura hepática.
- Síndrome de HELLP: el diagnóstico es analítico; alteraciones en las enzimas hepáticas, hemólisis y descenso del recuento plaquetario, sin embargo, la sintomatología es de dolor abdominal, signos difusos de irritación peritoneal, dolor epigástrico o en hipocondrio derecho y malestar general con náuseas y vómitos.

- Infección intraamniótica: fiebre, dolor abdominal, aumento del tono uterino, dolor a la palpación uterina, taquicardia fetal y materna, y leucocitosis. Típico en la ruptura prematura de membranas (RMP).
- Degeneración de mioma uterino: típico en miomas mayores de 5 cm. Cursa con dolor abdominal localizado, pero puede cursar con leucocitosis, náuseas y vómitos.

Otras causas de abdomen agudo durante la gestación son: apendicitis aguda, colelitiasis y colecistitis, obstrucción intestinal por vólvulos, enfermedad inflamatoria intestinal, pancreatitis, diverticulitis, úlcera, nefrolitiasis, aneurisma de arteria esplénica²¹, neumonía y gastroenteritis aguda.

CAUSAS UROLÓGICAS

- **Cólico renal.** Causa muy frecuente de dolor lumbar irradiado a hipogastrio, o dolor abdominal bajo; no es, sin embargo, causa de abdomen agudo franco, ya que los uréteres tienen un trayecto retroperitoneal. Los cálculos pueden verse en radiografía simple y TAC²².
- **Pielonefritis aguda.** Abscesos renales.
- **Rotura vesical.** Causa poco frecuente de abdomen agudo. Se debe sospechar en paciente con dolor abdominal, líquido libre peritoneal y hematuria. Es típico en pacientes que han sido operados o radiados en la zona por cáncer vesical o uterino. También, se debe sospechar con una formación neoplásica no diagnosticada²³.
- **Rotura espontánea de quiste renal en paciente hemodializado**²⁴.
- **Hemorragia espontánea de angiomiolipoma**²⁵. Dolor abdominal severo por la uropatía hemorrágica, con marcada hematuria; en ocasiones, se ha descrito la necesidad de nefrectomía de urgencia. El sangrado puede ser retroperitoneal, por lo que pasaría más tiempo inadvertido con la posibilidad de acontecer un shock hipovolémico.

- **Abdomen agudo tras diálisis peritoneal por esclerosis peritoneal encapsulada²⁶.** Es una de las complicaciones más habituales cuando se mantiene la diálisis peritoneal más allá de dos décadas.

PATOLOGÍAS MENOS FRECUENTES

- **Rotura espontánea de aneurisma de la arteria esplénica.** La visualización de una calcificación en anillo de sello en la radiografía abdominal es muy sugestivo de aneurisma de arteria esplénica, y, su rotura espontánea, es una rara causa de dolor abdominal agudo, al final de la gestación, con graves consecuencias circulatorias.
- **Abdomen agudo por peritonitis quilosa²⁷.** En la literatura, hay descritos menos de 100 casos. Su causa es de gran frecuencia idiomática, y su diagnóstico, la mayor parte de las veces, se hace al realizar una laparotomía.
- **Linfangioleiomiomatosis²⁸.** Es una rara entidad que se presenta, habitualmente, en mujeres jóvenes, y su sintomatología principal es la pulmonar. Aunque no es frecuente, sí es posible que debute como dolor abdominal agudo y con fiebre.

TÉCNICAS DE IMAGEN EMPLEADAS

- **Radiografía simple de abdomen.** Su principal valor es la demostración de neumoperitoneo, signo radiológico indicativo de perforación de una víscera intestinal, y de niveles hidroaéreos, signo de obstrucción. También es útil en el hallazgo de hepatomegalia e, incluso, de la existencia de tumores intraabdominales o colecciones purulentas. Presenta, además, gran utilidad en casos de dolor abdominal o evolución tórpida tras cirugía abdominal, ya que orienta en casos de perforación, obstrucción o íleo paralítico de origen iatrogénico.

Sin embargo, es poco específico en cuanto a la etiología del abdomen agudo. Se encuentran hallazgos anormales en alrededor del 40 % de los casos, y tales son diagnósticos en, apenas, el 20 %. Su valor es notoriamente limitado en los casos de apendicitis, infección del tracto urinario y dolor abdominal no específico. Por ello, algunos autores la recomiendan solo de forma selectiva y tras ecografía.

- **Ecografía.** Se ha convertido en la técnica de imagen por excelencia. El cuadro de dolor abdominal agudo, tanto por su excelente sensibilidad como por la referencia calidad/ precio y su accesibilidad. Es bastante sensible para detectar colecciones. Es el estudio de preferencia ante un dolor pélvico-hipogástrico, ya que presenta una sensibilidad de un 80 % en el diagnóstico de apendicitis aguda, y un valor fundamental en el diagnóstico de patologías de origen ginecológico. Además, es el primer examen en cuadro de dolor en cuadrante superior derecho abdominal, ya que permite la visualización de la vesícula biliar y de la vía biliar intrahepática, aunque no del colédoco, y proporciona gran información en patologías renales y de vías urinarias. A esto, hay que añadirle el hecho de que puede utilizarse en mujeres embarazadas y que es fundamental para el diagnóstico de patologías propias del embarazo.
- **Tomografía axial computerizado o TAC.** Es la técnica de elección en la valoración de los órganos sólidos y el retroperitoneo, en el diagnóstico y gradación de las pancreatitis agudas, la diverticulitis, la isquemia con infarto mesentérico y los aneurismas de aorta. Presenta gran utilidad ante la presencia de masas abdominales, fundamentalmente, para concretar su origen, extensión y los órganos afectados. Sin embargo, debe insistirse en precisar la indicación de estudios que, con frecuencia, aumentan, innecesariamente, el costo.
- **Resonancia magnética**²⁹. Está indicada en pacientes en los que la ecografía y TAC no han sido diagnósticas. Es capaz de distinguir los diferentes tejidos. Está indicada en grandes obesos para determinar el origen de una masa pélvica (96% precisión)³⁰ y muy

útil en la valoración de la extensión de la endometriosis profunda pélvica. Es más sensible que la ecografía para el diagnóstico de adenomiosis y para diferenciar adenomiosis focal con miomas.

Otras pruebas de imágenes, como la angiografía y los estudios de contraste con bario, han sido desplazados por los anteriores y tienen indicaciones muy limitadas y específicas. La escintigrafía con radionúclidos se orienta a la visualización del hígado y el bazo. La HIDA permite visualizar la vía biliar y estudiar su tránsito, así como la función de la vesícula biliar. Los estudios con galio permiten identificar abscesos intraabdominales. La urografía excretora permite detectar si el dolor es de origen urológico. La punción abdominal y el lavado peritoneal, con inyección de 1.000 ml de suero salino, permite diagnosticar la presencia de sangre, pus, bilis o contenido intestinal, en la cavidad peritoneal. Si es negativa, no excluye su presencia.

CONCLUSIONES

La ecografía y el TAC se han convertido en exámenes de amplio uso en el diagnóstico del abdomen agudo. Sin embargo, se debe tener en cuenta que es un cuadro fundamentalmente clínico y, sólo tras una buena anamnesis y exploración, debe decidirse cuáles son las pruebas complementarias necesarias.

La radiografía de abdomen³¹ tiene escasa rentabilidad diagnóstica, pero es útil en casos de sospecha de perforación de víscera hueca u obstrucción intestinal. La ecografía es de elección ante la sospecha de patología biliar, urológica o ginecológica.

El TAC debe reservarse para los casos de duda diagnóstica tras las pruebas anteriores, y tiene una gran sensibilidad y especificidad ante un cuadro de dolor abdominal agudo.

RESUMEN

El dolor abdominal agudo es una urgencia médica y requiere diagnóstico y tratamiento tempranos. Es necesario hacer una anamnesis y exploración exhaustivas, para identificar los casos en que será preciso un tratamiento quirúrgico urgente. En la mayoría de los casos, será necesario realizar analítica, radiografía y ecografía abdominales, para llegar a un diagnóstico etiológico y, en ocasiones, es precisa la realización de otras técnicas de imagen e, incluso, la intervención quirúrgica para tal meta.

El abdomen agudo es fundamentalmente de origen digestivo o ginecológico, aunque existen múltiples causas de dolor abdominal que simulan abdomen agudo y forman parte del diagnóstico diferencial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Schmidt-Matthiesen A, Schmidt-H Matthiesen. Acute disease of the pelvis: differentiation between gynecologic and surgical cause. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 1993; 53(11):754-9.
2. McWilliams GD, Hill MJ, Dietrich CS 3rd. Gynecologic Emergencies. *Surg. Clin. N. Am.* 2008; 88(2):265-283.
3. Ekoukou D, Guilherme R, Desligneres S, Rotten D [Endometriosis with massive hemorrhagic ascites: a case report and review of the literature]. *Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (París).* 2005; 34(4):351-9.
4. Yildizhan R, Kurdoglu M, Kolusari A, Erten R. Primary omental pregnancy. *Saudi Med J.* 2008; 29(4): 606-9.
5. Lialios GA, Kallitsaris A, Kabisios T, Messinis IE. Ruptured heterotopic interstitial pregnancy: rare case of acute abdomen in a Jehovah's Witness patient. *Fertil Steril.* 2008; 90(4):1200-e15-7.
6. Madill JJ, Mullen NB, Harrison BP. Ovarian hyperstimulation syndrome: a potentially fatal complication of early pregnancy. *Journal of Emergency Medicine.* 2008; 35(3):283-286.
7. Mathur R, Evbuomwan I, Jenkins J. Prevention and management of ovarian hyperstimulation syndrome. *Current Obstetrics & Gynaecology.* 2005; 15 (2):132-138.
8. Scoutt LM, Baltarowich OH, Lev-Toaff AS. Imaging of Adnexal Torsion. *Ultrasound Clinics.* 2007; 2(2): 311-325.
9. Hoey BA, Stawicki SP, Hoff WS, Veeramasuneni RK, Kovich H, Grossman MD. Ovarian torsion associated with appendicitis in a 5-year-old girl: a case report and review of the literature. *Journal of Pediatric Surgery.* 2005; 40(9):e17-e20.

10. Wang PH, Yuan CC, Chao HT, Shu LP, Lai CR. Isolated tubal torsion managed laparoscopically. *The Journal of the American Association of Gynecologic Laparoscopists*. 2000; 7(3):423-427.
11. Boardman LA, Peipert JF, Brody JM, Cooper AS, Sung J. Endovaginal sonography for the diagnosis of upper genital tract infection. *Obstetrics & Gynecology*. 1997; 90(1):54-57.
12. Horrow MM, Rodgers SK, Naqvi S. Ultrasound of pelvic inflammatory disease. *Ultrasound Clinics*. 2007; 2(2):297-309.
13. Jeong WK, Kim Y, Song SY. Tubo-ovarian abscess: CT and pathological correlation. *Clinical Imaging*. 2007; 31(6):414-418.
14. Benfayed WH, Torreggiani WC, Hamilton S. Detection of pulmonary emboli resulting from ovarian vein thrombosis. *AJR. Am. J. Roentgenol*. 2003; 181(5):1430-1431.
15. Heavrin BS, Wrenn K. Ovarian vein thrombosis: a rare cause of abdominal pain outside the peripartum period. *Journal of Emergency Medicine*. 2008; 34(1):67-69.
16. Dessole S, Capobianco G, Arru A, Demurtas P, Ambrosini G. Postpartum ovarian vein thrombosis: an unpredictable event: two case reports and review of the literature. *Arch. Gynecol. Obstet*. 2003; 267(4):242-246.
17. Singh-Ranger D, Sanusi A, Hamo I. Coliform pyosalpinx as a rare complication of appendectomy: a case report review of the literature on best practice. *J. Med. Case Rep*. 2008; 2:97.
18. Saha PK, Gupta P, Mehra R, Goel P, Huria A. Spontaneous perforation of pyometra presented as an acute abdomen: a case report. *Medscape J. Med*. 2008; 10(1):15.
19. Papp Z, Petri I, Villányi E, Tiszlavicz L, Ugocsai G. Deciduosis causing perforating appendicitis in the early postpartum period following caesarean section. *Orv. Hetil*. 2008; 149(7):329-31.

20. Cormier CM, Canzoneri BJ, Lewis DF, et al. Urolithiasis in pregnancy: current diagnosis, treatment, and pregnancy complications. *Obstet. Gynecol. Surv.* 2006; 61(11):733-41.
21. Hillemanns P, Knitza R, Müller-Höcker J. Rupture of splenic artery aneurysm in a pregnant patient with portal hypertension. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1996; 174(5):1665-6.
22. Lindqvist K, Hellström M, Holmberg G, Peeker R, Grenabo L. Immediate versus deferred radiological investigation after acute renal colic: a prospective randomized study. *Scand. J. Urol. Nephrol.* 2006; 40(2):119-24.
23. Chitale S, Debbarma M, Wilson P, Burgess N, Peat D. Urological pathology causing free air under the diaphragm? *Coll. Surg. Engl.* 2008; 90(8):W3-5.
24. Tarrass F, Benjelloun M. Acute abdomen caused by spontaneous renal cyst rupture in a ADPKD haemodialysed patient. *Nephrology (Carlton).* 2008; 13(2):177-8.
25. Hao LW, Lin CM, Tsai SH. Spontaneous hemorrhagic angiomyolipoma present with massive hematuria leading to urgent nephrectomy. *Am. J. Emerg. Med.* 2008; 26(2): 249.e3-5.
26. Lin HC, Wang RF, Chen CC, Wang TL, Chong CF. An emerging and devastating acute abdomen in a patient under peritoneal dialysis: encapsulating peritoneal sclerosis. *Am. J. Emerg. Med.* 2008; 26(2):245.e3-4.
27. Vettoretto N, Odeh M, Romessis M, Pettinato G, Taglietti L, Giovenetti M. Acute Abdomen from Chylous Peritonitis: A Surgical Diagnosis. *Case Report and Literature Review. Eur. Surg. Res.* 2008; 41(1):54-57.
28. Bramer S, van Beek MW, Nieuwenhuijzen GA, Daniëls-Gooszen AW, van den Borne EE, de Hingh IH. Acute abdominal pain and fever in a young woman as the first symptoms of lymphangiomyomatosis. *Ned. Tijdschr. Geneesk.* 2008; 152(1):33-7.
29. Scoutt LM, McCarthy SM, Lange R, Bourque A, Schwartz PE. MR evaluation of clinically suspected adnexal masses. *J. Comput. Assist. Tomogr.* 1994; 18(4):609-18.

30. *Javitt, MC. Magnetic resonance imaging of myometrial disorders. In: Clinical Gynecologic Imaging. Fleischer AC, Javitt MC, Jeffrey RB (Ed). Lipincott-Raven, New York 1997. p.198.*
31. *del Arco Galán C, Parra Gordo ML, García-Casasola Sánchez G. Pruebas de imagen en el dolor abdominal agudo Revista Clínica Española. 2008; 208(10):520-524.*

Patrocinado por:



Soluciones pensando en ti