

11209

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

CORRELACION CLINICO RADIOLOGICA DEL ABDOMEN AGUDO

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA.

CURSO DE ESPECIALIZACION EN CIRUGIA GENERAL

1982 - 1985

DR. JUAN CARLOS MORENO FRANCO.

EXAMEN DE ORIGEN



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## RESUMEN.

Se estudiaron 100 pacientes en un período de 17 meses en el Hospital Central de Concentración Nacional Norte de Petróleos Mexicanos con diagnóstico de ingreso de Abdomen Agudo y sometidos a intervención quirúrgica.

A todos los enfermos se les practicó placa de tórax y abdomen en dos posiciones. Los signos radiológicos más sobresalientes fueron en tórax: hipoventilación pulmonar, elevación de hemidiafragma y bandas de atelectasia; en abdomen: imágenes de ileo reflejo en fosa iliaca derecha, generalizado, niveles hidroaéreos, borramiento del Psoas, dilatación gástrica etcétera.

Se obtuvo un 81% de acierto en el diagnóstico clínico, realizando la correlación clínico-radiológica aumentando de un 80 a un 100% la certeza diagnóstica.

Los errores diagnósticos clínicos se deben a la deficiente exploración física de los pacientes y los signos radiológicos dependen básicamente del conocimiento en la interpretación radiológica.

## INTRODUCCION Y OBJETIVOS

Los padecimientos abdominales agudos frecuentemente se presentan ante el médico general, cirujano e internista, la aplicación de los conocimientos médicos actuales y los recursos paraclínicos como laboratorio y gabinete permitirán un mejor diagnóstico oportuno y terapéutica adecuada.

El Abdomen Agudo es una crisis intraabdominal de instalación reciente que demanda inmediata evaluación y decisiones rápidas para su estudio y manejo subsecuente (1).

El estudio integral del paciente y la recopilación de todos los datos son la clave para el diagnóstico, tomando en consideración cada signo y síntoma presentado en este síndrome tal y como lo demostró Staniland y Col en un estudio de 600 casos de abdomen agudo (2)

El diagnóstico se dificulta en niños, ancianos y en aquéllos pacientes que han recibido un manejo previo ( 2 3 4 10 11 ). La radiografía simple de abdomen y la teleradiografía de Tórax han sido hasta el momento los métodos de gabinete más útiles en la sala de Urgencias que brindan una información significativa en un lapso breve de tiempo.

La finalidad del presente estudio es hacer una correlación de los diagnósticos clínicos y radiológicos de los pacientes sometidos a intervención quirúrgica para valorar la utilidad de los estudios radiológicos como auxiliares de la clínica.

## MATERIAL Y METODOS

Se realizó el estudio en forma prospectiva en pacientes que ingresaron al servicio de Cirugía General del Hospital Central Norte de - Concentración Nacional de Petróleos Mexicanos en el periodo comprendido entre el mes de Octubre de 1982 y el mes de Febrero de 1984 (17 meses).

Se estudiaron 100 casos consecutivos de pacientes con diagnóstico de Abdomen Agudo, no seleccionados, que ameritaron tratamiento quirúrgico. 57 casos correspondieron al sexo femenino y 43 casos para el sexo masculino, siendo la edad maxima de 87 años y la minima 1.8 meses, con un promedio de edad de 34 años (cuadro I )

Se tomaron en cuenta lo siguientes parámetros : cuadro clínico, tipo de dolor, localización, náuseas y vómito, cuadros similares anteriores, entre los signos defensa muscular, signos de Mc Burney y Murphy, rebote, distensión abdominal, hipoactividad intestinal, pérdida de la matidez de los órganos macizos, estado de choque e hipoventilación pulmonar.

A todos los pacientes se les efectuó estudio radiológico, placa simple de abdomen de pie y en decúbito y teleradiografía de tórax, exámenes de laboratorio de rutina y en algunos casos pruebas funcionales de hepáticas y dosificación de amilasa.

## RESULTADOS

Los hallazgos clínicos y su porcentaje en los enfermos estudiados fueron: dolor abdominal (100%), náuseas (53%), vómito (50%), resistencia muscular (86%), rebote positivo (80%), distensión abdominal (35%), tacto rectal (70%) etc. como se describen en el cuadro número II.

Los signos radiográficos encontrados fueron los siguientes:

Cuadro número III (teleradiografía de tórax), hipoventilación -- pulmonar en un 57%, elevación de hemidiafragma 36% y bandas de atelectasia en un 23%, etc.

En las placas de abdomen los signos radiográficos más frecuentemente encontrados fueron: imagen de íleo generalizado 85%, niveles hidroaéreos 80% y en un 62% gas irregular en colon. etc. Cuadro número III.

Las 10 causas más frecuentes de abdomen agudo se enlistan en el cuadro IV, se muestra también la correlación de los diagnósticos erróneos en el cuadro V.

La causa más frecuente de abdomen agudo fue la apendicitis en esta revisión correspondió al 53% del total de los enfermos siguiéndole la colecistitis y la obstrucción intestinal.

El grupo de edad más afectado fue la segunda y la cuarta década de la vida en 25 y 23% respectivamente, el índice de mortalidad en esta casuística corresponde a un 2% al colon tóxico, siendo entre sus causas de mayor importancia la severidad del cuadro y sus complicaciones postoperatorias.

Hemos podido demostrar que aquellos pacientes con Diagnóstico - Clínico presuncional de abdomen agudo en quienes se observó un signo radiológico positivo, presentaron una correlación en 80% de los casos. Pacientes con dos signos radiológicos detectados y bajo las mismas condiciones se elevó a un 85%, cuando se observaron tres -- signos radiológicos se obtuvo un 92% de certeza diagnóstica. Siendo de llamar la atención , que en los casos de nuestra serie que presentaban más de tres signos radiológicos la correlación llegó al 100% de los casos.

Ninguno de los signos radiológicos evaluados son patognomónicos ya que existen otros procesos inflamatorios agudos intra abdominales que pueden dar falsas positivas.

## COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Analizando estos resultados, encontramos que diferentes autores - como Lee P.W.R. encontrarón en un 30% de los pacientes con apendicitis ileo reflejo en fosa iliaca derecha en comparaci3n a nuestra serie un 37%. As3 como la similitud de im3genes radiol3gicas encontradas en las radiograf3as simples de abdomen en los cuadros de abdomen agudo tal como lo demuestran Henry F. Fre Jr. y Felson (5 14 17). Se debe tomar en cuenta en primera instancia los hallazgos cl3nicos-practicando exploraciones peri3dicas a los enfermos, contando con -- examen paracl3nico de gabinete auxiliar a la radiograf3a simple de abdomen que contin3a siendo uno de los ex3menes auxiliares para el diagn3stico as3 como el laboratorio.

Aquellos pacientes que presentaban cl3nicamente diagn3stico pre-suncional de Abdomen Agudo y tenfan m3s de tres signos radiol3gicos-en las placas evaluadas se confirm3 el diagn3stico en un 100% de los casos. Con lo que podemos inferir que el estudio radiol3gico es de gran ayuda diagn3stica, de bajo costo con poco tiempo en su elaboraci3n y que no requiere t3cnicas especializadas y se encuentra al alcance de cualquier centro hospitalario en la actualidad.

En este estudio la proporci3n de aciertos cl3nicos fue de 81% entodos los casos de abdomen agudo, los diagn3sticos no elaborados que presentaron m3s confusi3n diagn3stica fuer3n:

Los cuadros anxiales, adenitis mesent3rica y pancreatitis aguda.

Las causas de error se deben a cuadros at3picos en los que la sintomatolog3a y la signolog3a son escasas, as3 como un examen f3sico e historia cl3nica deficiente. En algunas series reportan un porcenta-



## BIBLIOTECA CENTRAL

-je de error de un 8 a un 30% ( 6 8 9 ).

Con respecto a los cuadros radiológicos, el error se debe básicamente a los pocos conocimientos en la interpretación radiológica y en algunos casos, a la mala técnica.

Podemos concluir que no hay cuadros patognomónicos, el interrogatorio y la exploración física son fundamentales para el diagnóstico correcto así como la radiología. El diagnóstico preciso, el estudio radiológico simple, el tratamiento adecuado y la intervención quirúrgica oportuna disminuyen notablemente la morbimortalidad de nuestros enfermos.

**CUADRO No. I NUMERO Y PORCIENTO DE CASOS DIVIDIDOS  
POR GRUPOS DE EDADES.**

---

<b>EDAD</b>	<b>NUMERO DE CASOS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
MENORES DE 10 AÑOS	7	7%
11- 20 AÑOS	25	25%
21- 30 AÑOS	13	13%
31- 40 AÑOS	23	23%
41- 50 AÑOS	8	8%
51- 60 AÑOS	10	10%
61- 70 AÑOS	8	8%
71- 80 AÑOS	6	6%

---

## CUADRO No. II

RELACION DE DATOS CLINICOS Y DE LABORATORIO  
OBTENIDOS DE 100 CASOS ESTUDIADOS.

SINTOMAS Y SIGNOS	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
DOLOR	100	100%
NAUSEAS	53	53%
VOMITO	50	50%
ANOREXIA	36	36%
DIARREA	23	23%
CONSTIPACION	17	17%
RESISTENCIA MUSCULAR	86	86%
REBOTE POSITIVO	80	80%
HIPOMOVILIDAD INTESTINAL	60	60%
DISTENSION ABDOMINAL	35	35%
Mc BURNEY	63	63%
SIGNO DE MURPHY	12	12%
PERDIDA DE LA MATIDEZ HEPATICA	2	2%

CONTINUACION DEL CUADRO No. II

SINTOMAS Y SIGNOS	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
TACTO RECTAL	70	70%
SIGNOS CHOQUE	20	20%
LEUCOCITOSIS	75	75%

CUADRO No. III

SIGNOS RADIOLOGICOS ENCONTRADOS EN 100 CASOS ESTUDIADOS

PLACA DE TORAX

---

SIGNOS RADIOLOGICOS	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
ELEVACION DEL HEMIDIAFRAG MA	36	36%
HIPOVENTILACION PULMONAR	57	57%
TRAUMA BRONCOVASCULAR AUMENTADA	3	3%
CONGESTION BRONCOVASCULAR	9	9%
BANDAS DE ATELECTASIA	23	23%
NEUMONIA BASAL DERECHA	1	1%
AIRE LIBRE	2	2%

---

## CONTINUACION DEL CUADRO III

## SIGNOS RADIOLOGICOS ENCONTRADOS EN 100 CASOS ESTUDIADOS

## PLACA DEL ABDOMEN

SIGNOS RADIOLOGICOS	No. PACIENTE	PORCENTAJE
IMAGEN DE ILEO GENERALIZADO	85	85%
IMAGEN DE ILEO EN FOSA ILIACA	37	37%
GAS IRREGULAR EN COLON	62	62%
OPACIDAD EN FOSA ILIACA DER.	23	23%
BORRAMIENTO DE PSOAS	37	37%
ESCOLIOSIS IZQUIERDA	30	30%
DILATACION GASTRICA	20	20%
NIVELES HIDROAEREOS	80	80%
MASA APENDICULAR	9	90%
OPACIDAD EN CUADRANTE SUP.DER.	5	5%
ASA CENTILELA	10	10%
COLON CORTADO	12	12%
APENDICOLITO	2	2%
NORMALES	13	13%

## CUADRO No. IV

### CAUSAS MAS FRECUENTES DE ABDOMEN AGUDO

---

DIAGNOSTICO	No. DE CASOS
APENDICITIS AGUDA	53
COLECISTITIS AGUDA	10
OBSTRUCCION INTESTINAL	9
TRAUMATISMOS ABDOMINALES	4
ULCERA PEPTICA PERFORADA	3
COLON TOXICO	2
PANCREATITIS	1
ABCESO PANCREATICO	1
ABCESO HEPATICO	1
OTROS	10
SIN PATOLOGIA	6

---

CUADRO No. V

DIAGNOSTICO CLINICO INICIAL	DIAGNOSTICO FINAL	ERROR C- R
2 CASOS DE APENDICITIS AGUDA	SALPINGITIS	RADIOLOGICO
4 CASOS DE APENDICITIS AGUDA	DOLOR ABDOMINAL DE ORIGEN DESCO_ NOCIDO	RADIOLOGICO
4 CASOS DE APENDICITIS AGUDA	QU ADENITIS MESEN TERICA	RADIOLOGICO
3 CASOS DE APENDICITIS AGUDA	QUISTE OVARIO HEMORRAGICO	RADIOLOGICO
1 CASO DE APENDICITIS	DIVERTICULO _ PERFORADO	AMBOS
1 CASO APENDICITIS	BRIDAS POSTØ PETARIAS	CLINICO
1 CASO DE PIOCOLECISTO	NEUMONIA BASAL DERECHA	CLINICO
1 CASO PIOCOLECISTO	APENDICITIS	AMBOS
1 CASO DE HERNIA UMBILICAL	HERNIA UMBILI CAL Y APENDICI TIS	AMBOS
1 CASO DE ULCERA DUODENAL	ULCERA GASTRICA PERFORADA	CLINICO



- 1.- URIBE MISAEL. URGENCIAS EN GASTROENTEROLOGIA. ASOCIACION MEXICANA DE GASTROENTEROLOGIA. PAGINA 362.
- 2.- CARDENAS SERGIO. URGENCIAS EN GASTROENTEROLOGIA. ASOCIACION -- MEXICANA DE GASTROENTEROLOGIA. PAGINAS 122-131.
- 3.- STANILAND J. R. CLINICAL PRESENTATION OF THE ACUTE ABDOMEN. -- STUDY OF 600 PATIENTS. BRITISH MEDICAL JOURNAL. NUM. 3 AGOSTO 1972.
- 4.- ORVANANOS URRUTIA. ANALISIS DE 40 PACIENTES CON APENDICITIS -- AGUDA. REVISTA MEDICA DEL I.M.S.S. VOL 18 NUM. 3. 1979.
- 5.- LEE P.W.R. THE PALIN X RAY IN THE ACUTE ABDOMEN: A SURGEONS -- EVALUATION. BR. J. SURGERY. VOL. 63. 1976 PAGES. 663-666.
- 6.- BREWER RICHARD. ABDOMINAL PAIN THE AMERICAN JOURNAL OF SURGERY VOL. 131. FEBRERO 1976. PAGINAS. 219-223.
- 7.- DOUGLAS YAJKO. EXPLORATORY CELIOTOMY FOR ACUTE ABDOMINAL PAIN. THE AMERICAN JOURNAL OF SURGERY. VOL. 178. DICIEMBRE 1974 PAGES 773-776.
- 8.- LYNN JOHN. EMERGENCY ABDOMINAL SURGERY IN THE AGED. BRITISH - JOURNAL SURGERY. VOL. 63. 1976. PAGES. 956-960.
- 9.- WICHERN WALTER. THE SURGICAL ABDOMEN. POSTGRADUATE MEDICINE. - VOL. 62. NUM. 5 NOVIEMBRE 1977 PAGES. 145-148.
- 10.- WILSON D. H. DIAGNOSIS OF ACUTE ABDOMINAL PAIN IN THE ACCIDENT AND EMERGENCY DEPARTMENT. BRITISH JOURNAL SURGERY. VOL. 64. - 1977 PAGES. 250-254.
- 11.- THOMSON M. HAMISH ABDOMINAL WALL TENDERNESS. A USEFUL SIGN -- IN THE ACUTE ABDOMEN. THE LANCET. NOVIEMBRE 1977. PAGES. 1053-- 1054.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 12.- HADDAS ROBERTO. ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO. REVISTA DE LA SOCIEDAD MEDICA DEL HOSPITAL GENERAL. SALUBRIDAD 1976.
- 13.- PRINCIPLES OF SURGERY. SCHWARTZ , MC. GRAW HILL. TERCERA EDICION. 1980. PAGES. 967-1008.
- 14.- FELSON GRUNE. THE ACUTE ABDOMEN. NEW YORK. 1973 PAGES 1-75 -
- 15.- NORMAN L. SADAWSKY, MD. ROENTGENOLOGIC EXAMINATION OF THE ACUTE ABDOMEN. BOTSFORD WILSON. PAGES 27-51.1977
- 16.- LEONARD E. SWISCHUK. C. KEITH HAYDEN JR. AJR 135 (687-689)Oc--  
TUBRE 19080. APENDICITIS WITH PERFORATION. THE DILATED TRANSVERSE COLON SIGN.
- 17.- HENRY F. FRE JR. RADIOLOGIC DIAGNOSIS OF APENDICITIS. ARCH ---  
SURG 112: PAGES. 742-744. JUNIO 1977.
- 18.- JOY M. ISLADE. THE RADIOLOGICAL SIGNS OF ACUTE APENDICITIS IN INFANCY AND CHILDHOOD. SR. AFR. MED. J. 53: PAGES. 363-364. 11 DE MARZO 1978.
- 19.- ALAN E. OESTREICH. MD. PNEUMOPERITONEUM ASSOCIATED WITH PERFORATED APENDICITIS. ARVE ACTA CHIR SCAND 144. PAGES 115-117. --  
NUM. 2. 1978.
- 20.- OLLE EKBERG. ACTA RADIOL. ILEOCECAL ABDORMALITIES IN APPENDICITIS. 19: PAGES. 343-347. FASC. 2.1978.
- 21.- PEKKA PELTOKALLIO. ULLA SVINHUFVUD. MAURI RANTAKAULIO. THE --  
SIGNIFICANCE OF THERMOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF ACUTE ABDOMEN. AM. J. ROENTGENOL 125: PAGES. 164-171. SEP. 1975.