

# ECOGRAFIA DEL DOLOR EN FOSA ILIACA DERECHA:

García Espasa C, Fernández-Moscoso López-Durán A,  
Egea JJ, Herraiz Romero I, Vilas Ferrol, Agulló Baeza T.  
Hospital General Universitario de Alicante

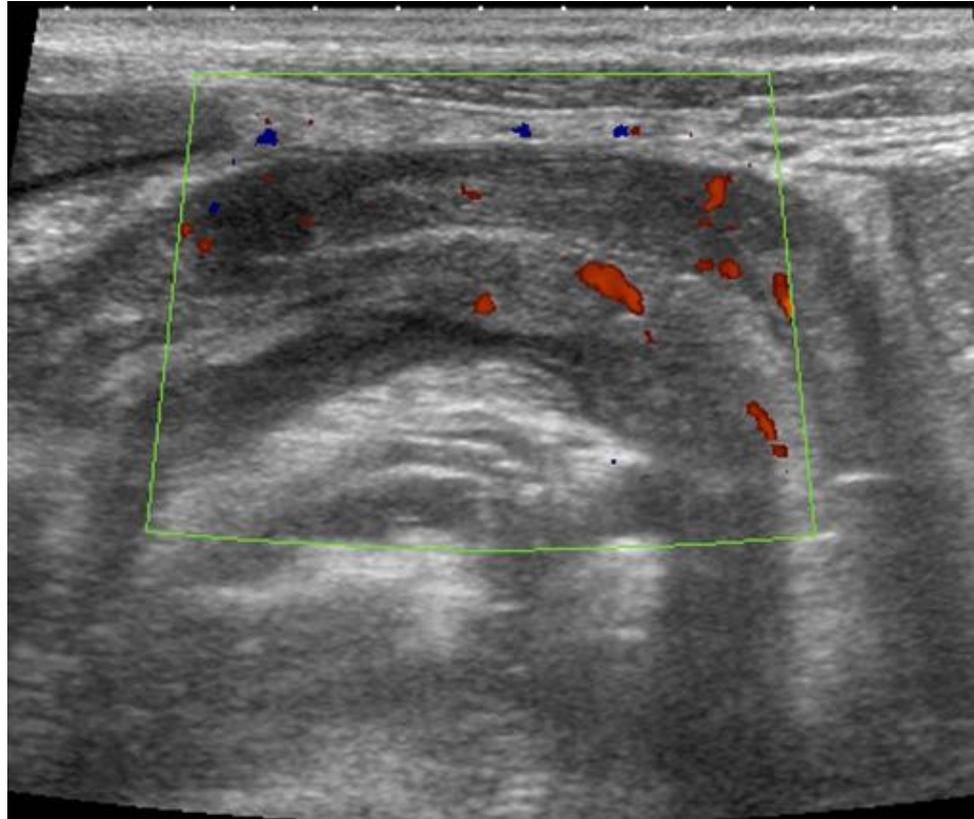
Objetivos: Obtener el máximo rendimiento de la ecografía para el estudio de la fosa iliaca derecha aguda.

La apendicitis aguda es la causa más frecuente (1/3 de los casos) de dolor en fosa iliaca derecha (FID). En adultos se deben considerar los procesos inflamatorios de la región ileo-cecal (diverticulitis de ciego, diverticulitis de recto-sigma, enf. inflamatoria intestinal, tiflitis, TBC ileo-cecal), los procesos de origen tumoral (carcinoma de ciego), las causas de origen ginecológico, y urológico.

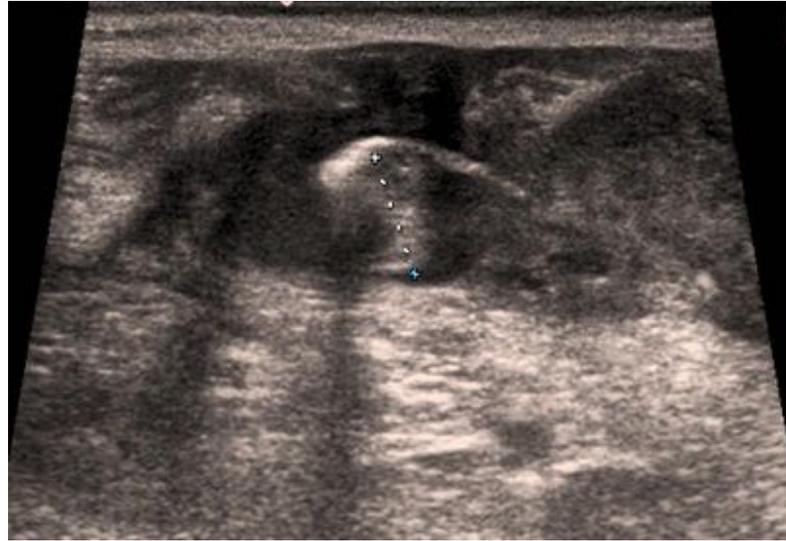
Material y Método: Se revisan las ecografías de 50 pacientes que acudieron al hospital con dolor en fosa iliaca derecha una vez fueron diagnosticados y dados de alta. Se muestran las más significativas.

Las patologías más frecuentes que pueden ser diagnosticadas mediante esta técnica son: apendicitis aguda, enfermedad de crohn, ileocolitis infecciosa, diverticulitis de ascendente, ciego y sigma derecho, diverticulitis de Meckel, infarto omental, adenitis mesentérica, tiflitis, litiasis ureteral, quiste ovárico hemorrágico, enfermedad pélvica inflamatoria, torsión ovárica, mucocele apendicular,....

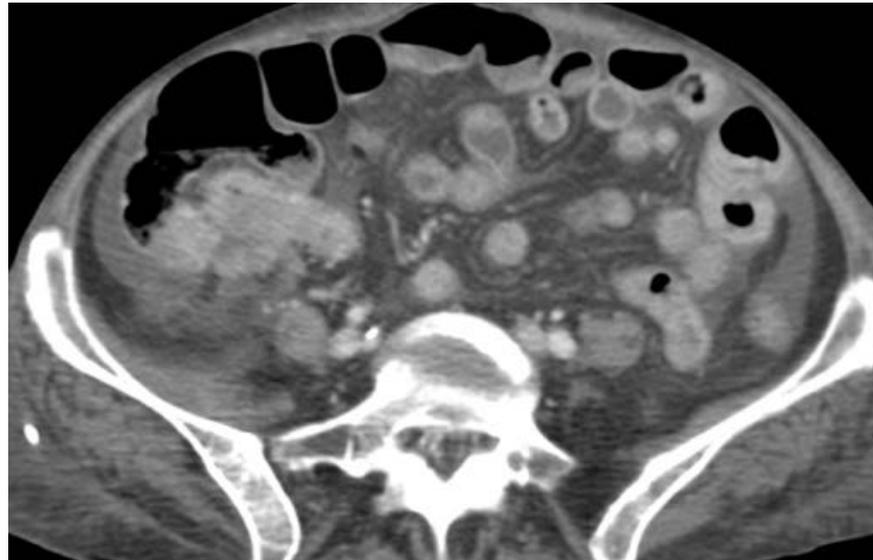
CASO 1: Mujer de 25 años con pérdida de peso de 1 mes de evolución con dolor abdominal y aumento del perímetro abdominal. Astenia y anorexia .



Engrosamiento difuso de pared del ileon terminal  
con hiperaflujo e hipervascularización: Ileítis infecciosa vs Crohn:  
ENFERMEDAD DE CROHN



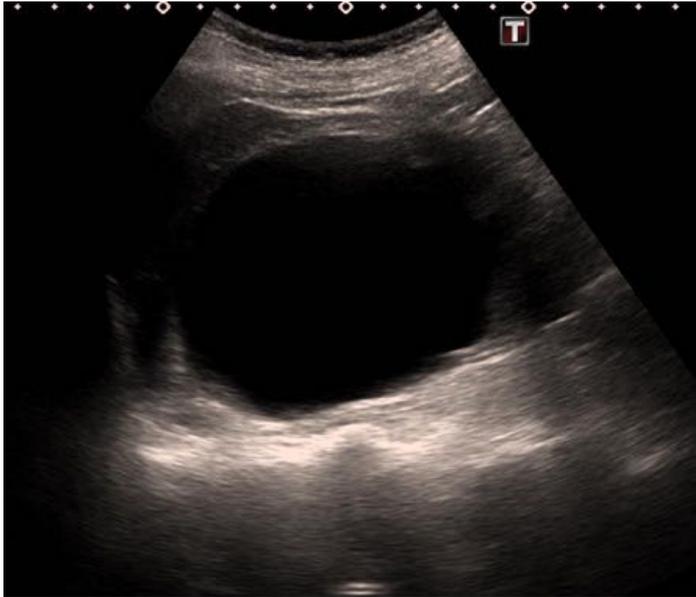
Mujer de 71 años con dolor en FID Anorexia, ictericia y pérdida de 15 kg. EF: ictericia de piel y mucosas. AS: BT 6.93, PCR, GOT y GPT elevadas.



Múltiples lesiones hepáticas hiperecoicas, algunas de ellas con centro anecoico compatibles con metástasis con componente necrótico, como primera posibilidad. Se identifica segmento de ciego/ íleon terminal con engrosamiento parietal compatible con **NEOPLASIA.**

La paciente evoluciona negativamente con progresión de la enfermedad y de la ictericia, siendo Exitus.

Mujer de 55 años con dolor en FID. Sospecha de apendicitis.



Estructura tubular sugestiva de corresponder con el apéndice cecal de localización medial al ciego y con recorrido craneal de hasta 17 mm de diámetro con contenido anecoico en su interior y que no se acompaña de signos inflamatorios locales.

Los hallazgos radiológicos descritos podrían corresponder con un cistoadenoma

mucinoso apendicular. AP: **TUMOR MUCINOSO APENDICULAR**

de bajo grado no infiltrante.

Varón de 50 años con dolor FID y Blumberg positivo.



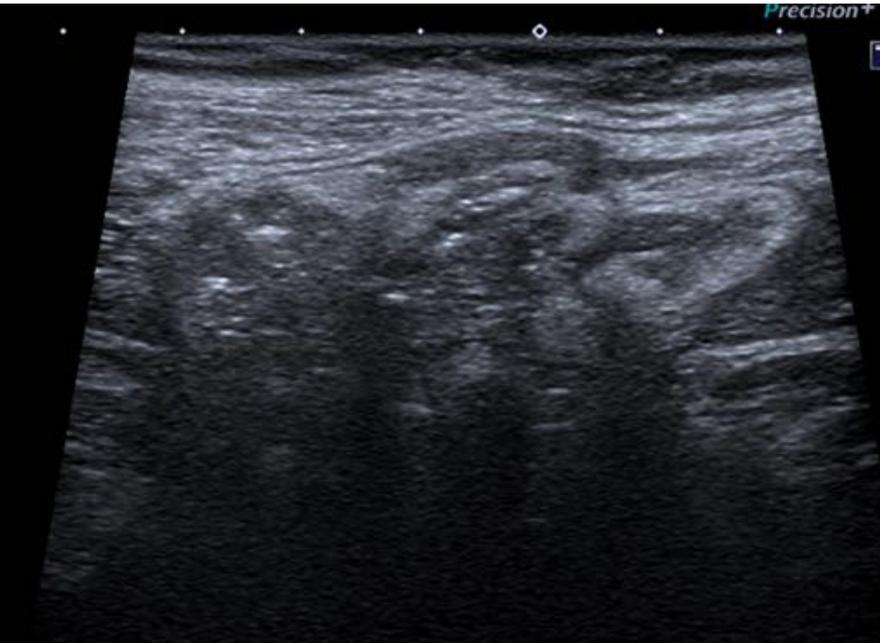
En fosa ilíaca derecha, en posición medial al ciego, se identifica apéndice cecal engrosado, de diámetro máximo de 10 mm y con hiperecogenicidad de la grasa adyacente, hallazgos sugestivos de **APENDICITIS AGUDA.**

Varón de 53 años que acude a urgencias por dolor en fosas renal e iliaca derecha con hematuria y disminución del filtrado renal de 20 puntos desde hace una semana.



Riñón derecho de tamaño normal, con buena diferenciación cortico-medular, ligera dilatación de vía excretora intrarrenal y uréter proximal, identificando imagen nodular de 7 mm en uréter distal yuxtavesical, hiperecogénica, con sombra posterior, correspondiente a LITIASIS URETERAL.

Mujer de 62 años Desde hace 4 meses de distensión y dolor abdominal difuso coincide con el inicio de tratamiento con olumiant y que persiste a pesar de bajar la dosis hace 2 semanas. Estreñimiento y nauseas ocasionales.

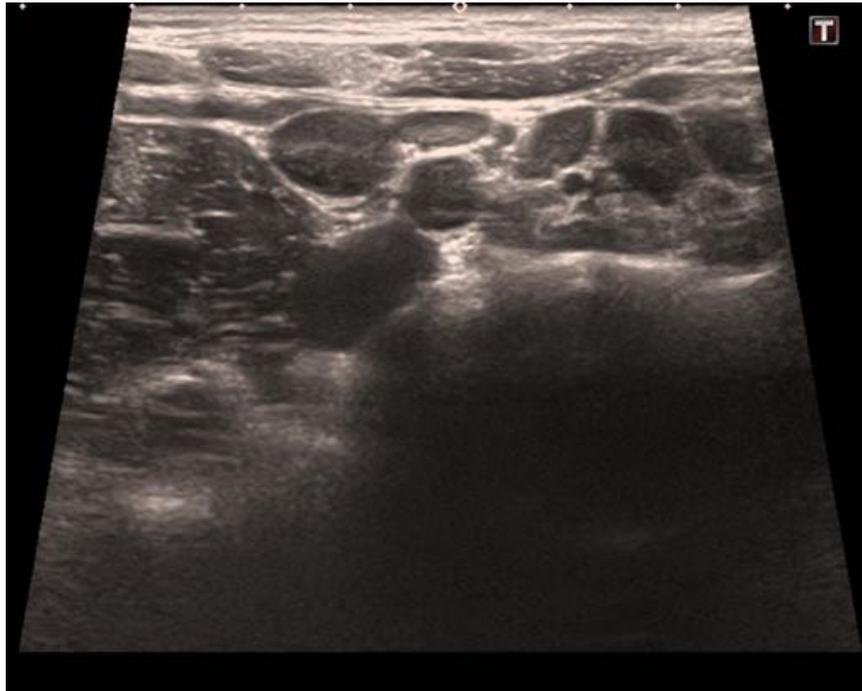


Engrosamiento parietal mal definido de colon ascendente



TC que define nivel: Engrosamiento parietal e hipercaptación del ángulo hepático del colon, probablemente infeccioso: **COLITIS**

Hombre de 16 años de edad. Refiere dolor abdominal de 4 días de evolución aproximadamente, sobre todo en FID, acompañado de vomitos (último vómito hace 2 días) y náuseas con intolerancia a líquidos y a sólidos. Ha tenido fiebre 38°C 2 días.



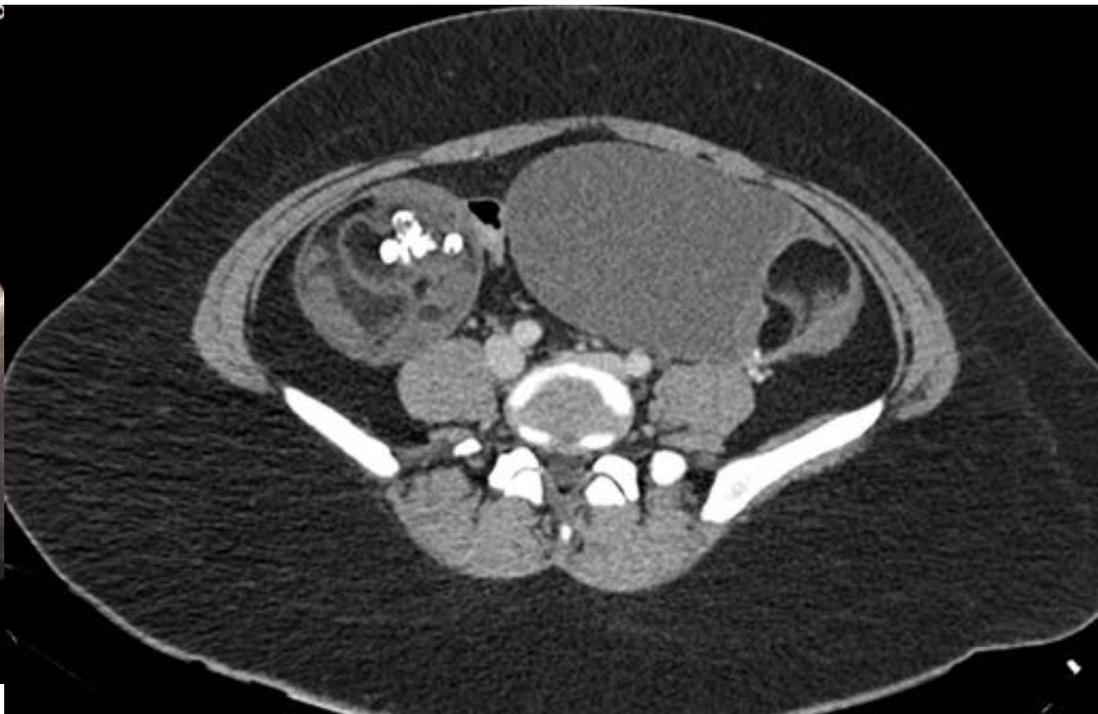
Múltiples adenopatías sobre todo en FID, compatible con **ADENITIS MESENTERICA**.

Paciente con sospecha de leucemia, actualmente en anemia aplásica postQT con cuadro de fiebre, neutropenia y diarrea con restos hemáticos con mala respuesta a tto



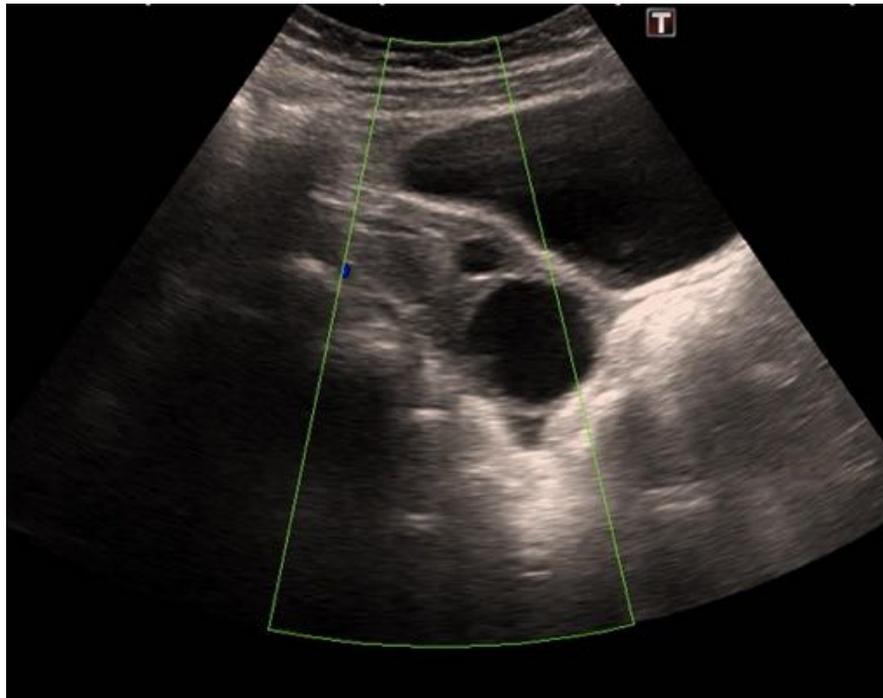
Engrosamiento circunferencial de ciego con respeto del patrón ecográfico de capas: TIFLITIS

Mujer con dolor en fosa ilíaca derecha, observando imágenes calcificadas en localización pélvica derecha.



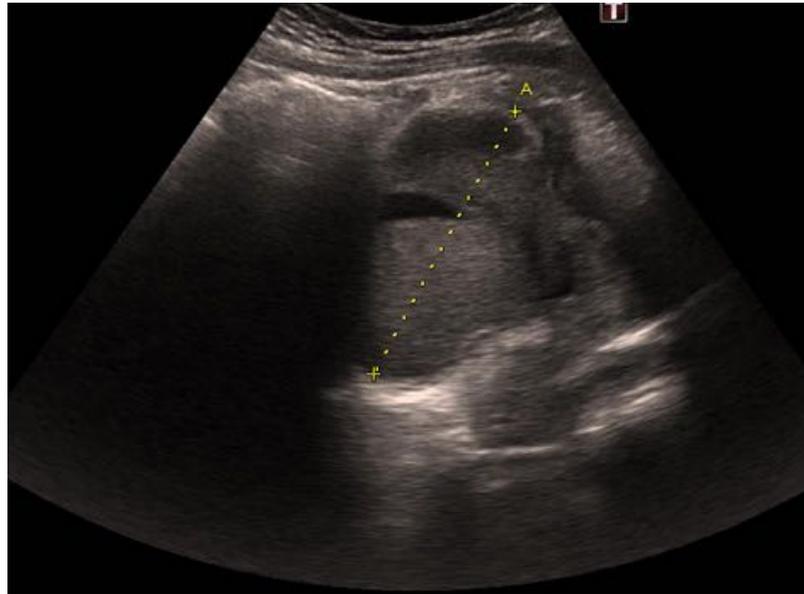
En localización anexial derecha, se identifica una masa sólida, heterogénea, con múltiples focos hiperecogénicos en su interior, que parecen corresponderse con las calcificaciones observadas en Rx de abdomen, de 4 x 4 cm, sin presencia de flujo Doppler color. No se identifica el anexo derecho normal. Estos hallazgos son sugestivos de corresponder a un **TERATOMA** anexial, como primera posibilidad diagnóstica.

Mujer que desde hace mas de doce horas presenta dolor abdominal cólico y en área lumbar derecha acompañado de vómitos.



Masa de localización paravesical derecha, sólido-quística de 55mm de diámetro CC, con un quiste dominante de 29mm, sin flujo Doppler color, asociado a líquido libre en saco de Douglas. Los hallazgos son sugestivos de corresponder con la sospecha diagnóstica de **TORSION ANEXIAL** derecha.

Mujer de 29 años con dolor abdominal, fiebre y náuseas. Antecedente de endometrioma en ovario izquierdo de conocido por ginecología. Presenta dolor en FID y leucocitosis.



Lesión quística compleja anexial izquierda de paredes engrosadas y contenido ecogénico, en relación con **ENDOMETRIOMA** conocido, cuyas medidas aproximadas son de 7,3 x 6 cm.

Hombre de 59 años con dolor en FID desde esta mañana

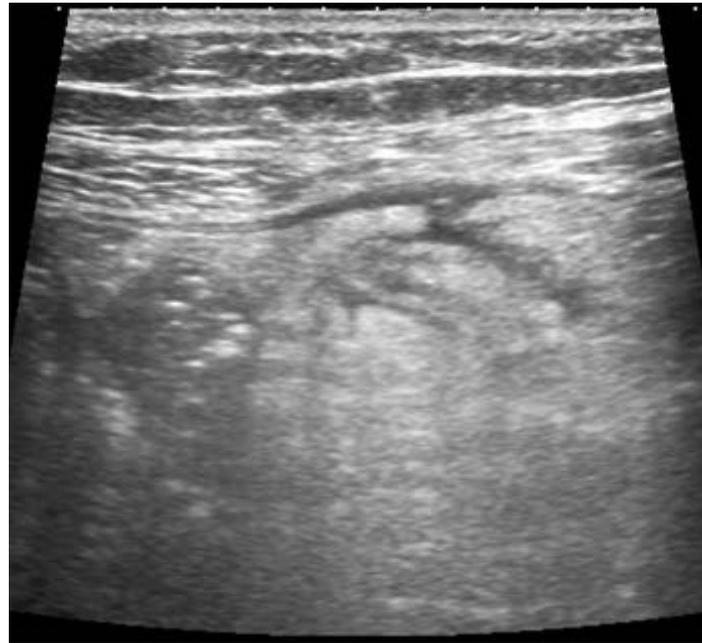


Imagen ovalada anterior a colon ascendente, en capas,  
con patrón “en torta”: INFARTO OMENTAL

Mujer de 24 años, dolor abdominal de 2 semanas de evolución, mayor en FID, con Blumberg dudoso. PCR 13. Tratada con ATB hace 7 días por ITU, sin mejoría. Empeoramiento del dolor, con vómitos. Actualmente con menstruación. Valorar FID.



En ovario derecho se aprecia una formación líquida de aprox. 5 cm de diámetro, con contenido de ecogenicidad diversa que conforma un nivel, y una pequeña prolongación ecogénica dependiente de la pared, no móvil.

## ABSCESO TUBOOVARICO

Resultados:

Se estudian y revisan las patologías más frecuentes que se pueden diagnosticar mediante ecografía (con o sin TC) en el paciente con dolor agudo de FID.

## Conclusiones:

La ecografía es un buen método para inicio del proceso diagnóstico de dicha patología, y en algunos casos como prueba única. Las patologías más frecuentes pueden ser diagnosticadas mediante esta técnica.

## BIBLIOGRAFIA:

1. Sonography of the Cecum: Gateway to the Right Lower Quadrant. Jeffrey RB, Wentland AL, Olcott EW. Ultrasound Q. 2018 Sep;34(3):133-140. doi: 10.1097/RUQ.0000000000000332. PMID: 29346264 Review.
2. Image diagnosis: ultrasound in right lower quadrant pain. Sokolsky LP, et al. Perm J. 2011. PMID: 22319423.
3. Suspicion of acute appendicitis in adults. The value of ultrasound in our hospital. Benedetto G, Ferrer Puchol MD, Llavata Solaz A. Radiologia. 2019 Jan-Feb;61(1):51-59. doi: 10.1016/j.rx.2018.08.007. Epub 2018 Oct 2. PMID: 30290969
4. Radiología Esencial. J.L. del Cura, **S. Pedraza**, **A. Gayete**.
5. Pedrosa. Abdomen. **ISBN: 9788471019646**