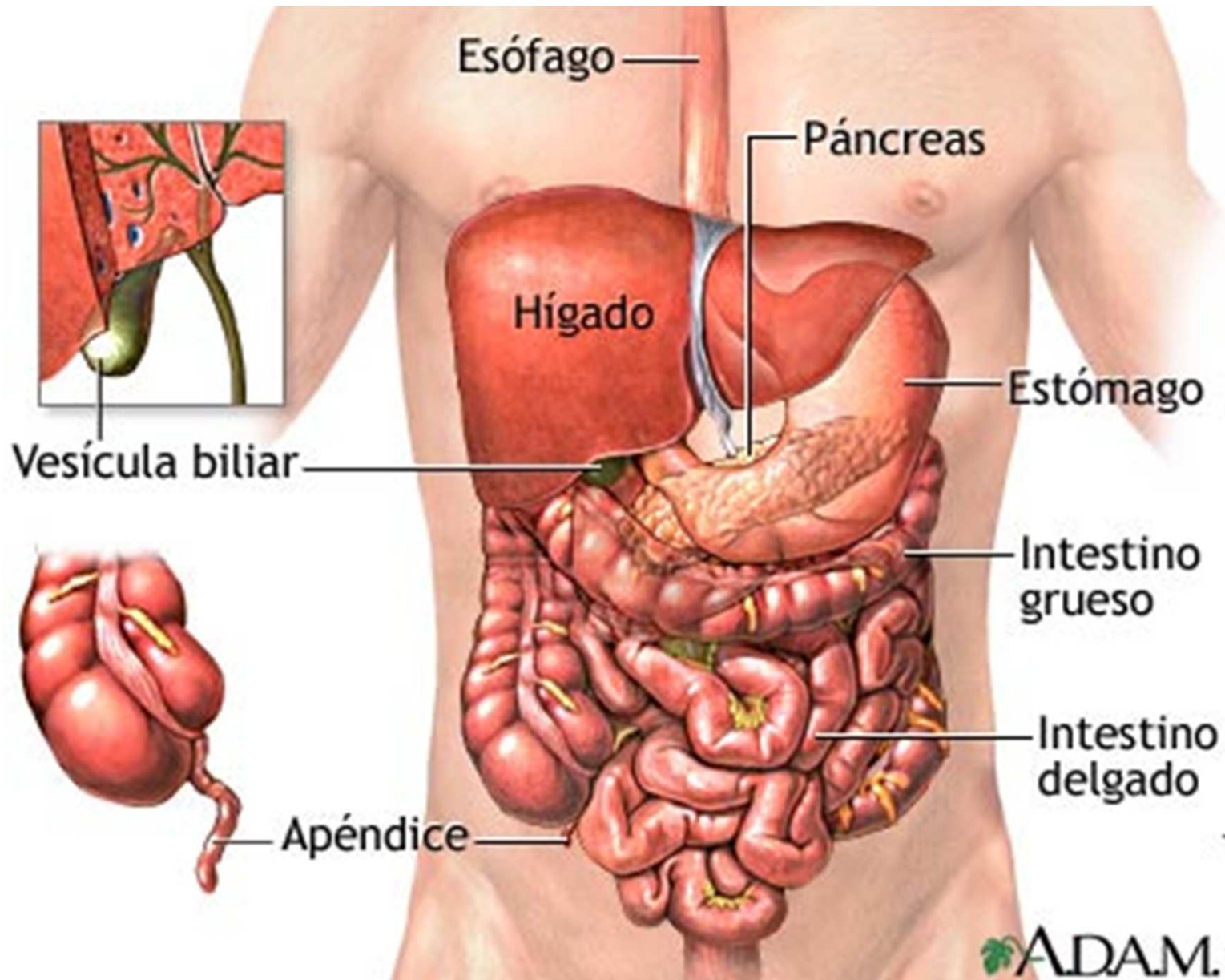


ABDOMEN

CARMELO JIMENEZ CARDENAS

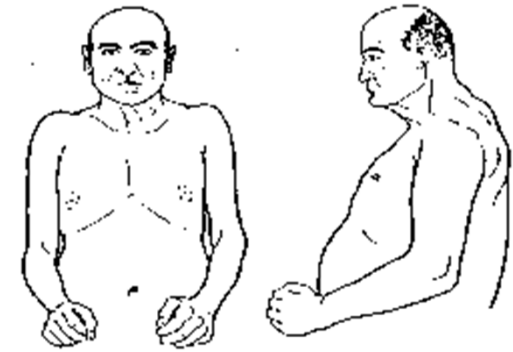
Recuerdo anatómico de las estructuras y órganos abdominales.



constitución corporal

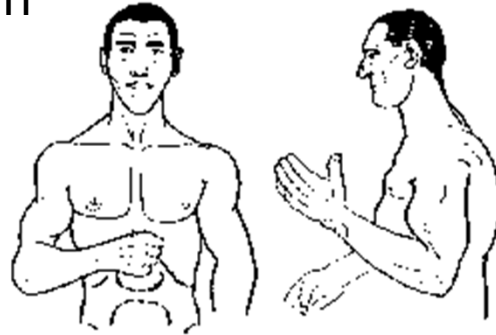
• **Hiperesténico o pícnico 5%**

La parte **mas ancha del abdomen es la superior.**
El **estómago** está **alto y horizontalizado**,
el **colon transverso** ocupan la parte
más alta del abdomen



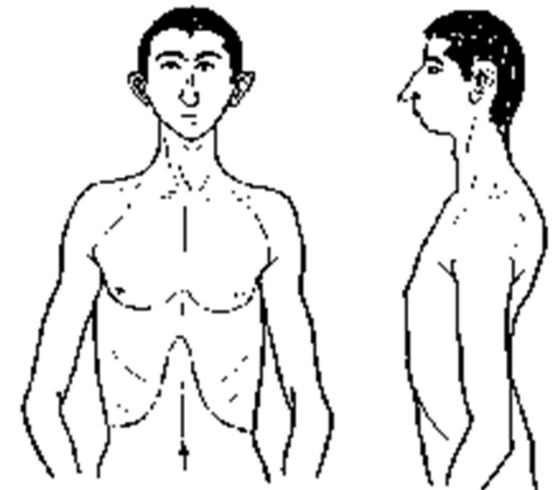
• **Esténico**

• **Hipoesténico**



• **Asténico**

a cavidad abdominal es poco abultada
siendo **más ancha en la parte baja**,
el marco del colon se localiza mas bajo
El **estómago** es **alargado, verticalizado y llega hasta**
por debajo de las crestas ilíacas, igualmente el **colon**
transverso puede introducirse en la cavidad pelviana.



- Chasis 35 x 43 vertical
- DFP 100
- Parrilla antidifusora SI
- Tamaño de foco-grueso
- Kv **70**
- mAs **50**
- Desnudar por completo
- Si estudio NO urgente-Intestino preparado



Fig. 3-24. Protección gonadal - hombre.



Fig. 3-25. Protección gonadal - mujer (solo si la protección no oscurece la anatomía esencial.)

PROYECCIONES **RADIOGRAFICAS**

PROYECCION ANTEROPOSTERIOR SUPINA O SIMPLE DE ABDOMEN(215)

≡

Motivos principales para solicitar una radiografía simple de abdomen

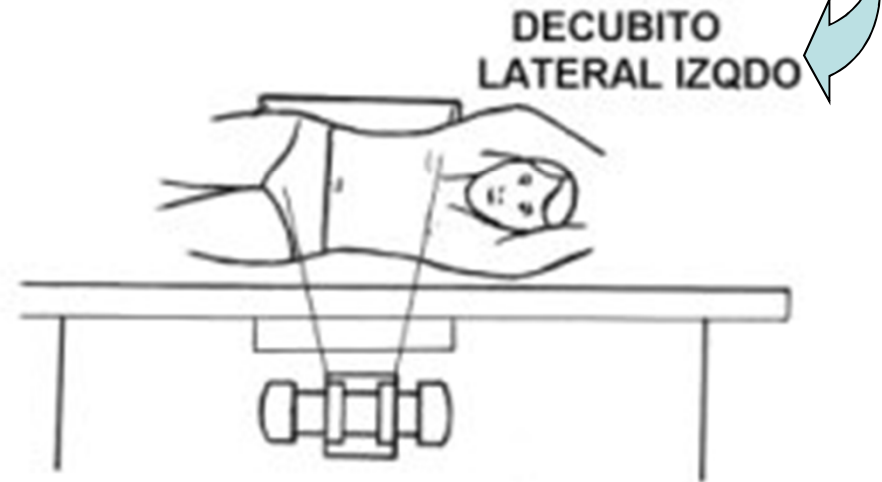
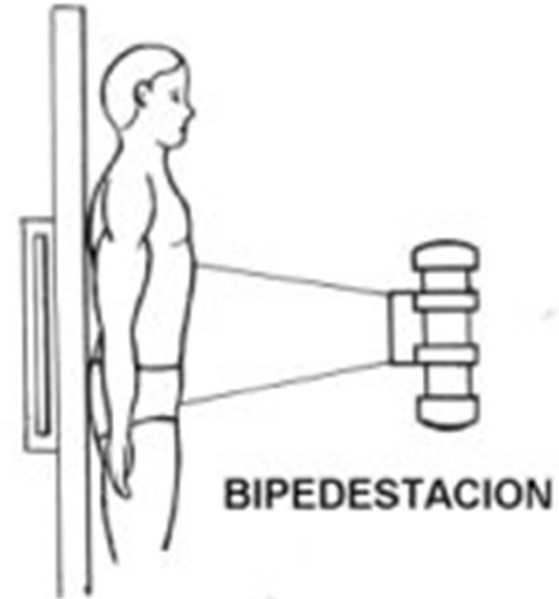
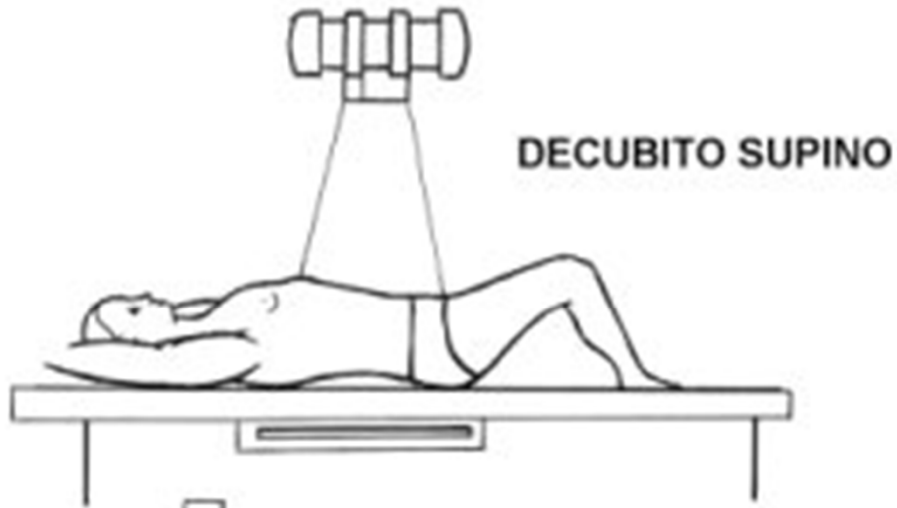
- ***Antes introducir algún medio de contraste*** (urografías, transitos, enemas opacos.....)

- ***Investigación de patologías abdominales*** (calculos biliares o urinarios, calcificaciones pancreatica, arteriales.....)

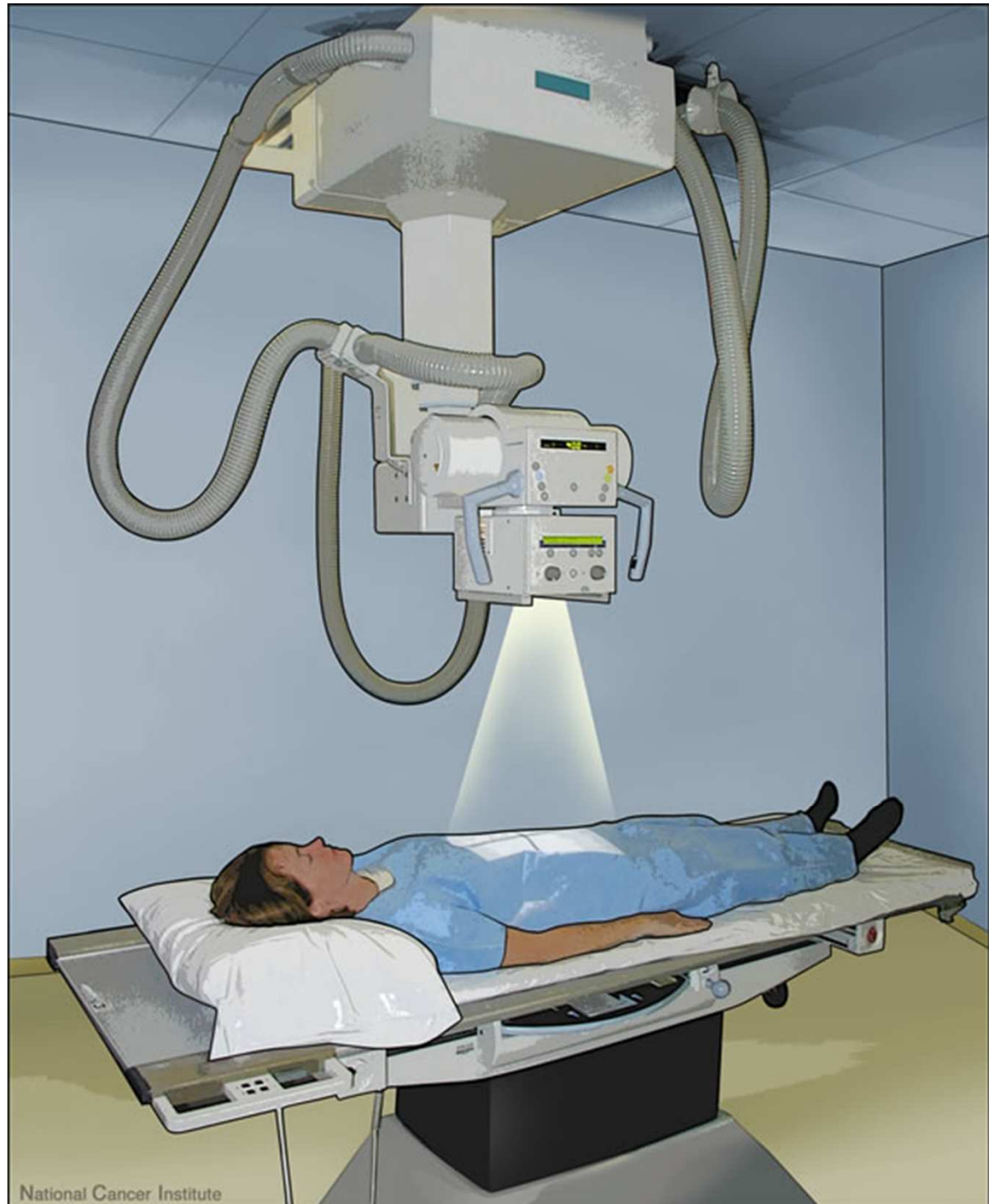
- ***"Abdomen agudo"***,

Abdomen agudo

- entra por **urgencias** con un cuadro caracterizado por: fuertes dolores abdominales, contractura muscular o abdomen en tabla, afectación del estado general con sudoración profusa e hipotensión,
- en un gran nº de casos requiere **intervención quirúrgica** inmediata. **PRIORIDAD**
- **Pueden dar lugar** a este síndrome clínico **enfermedades** como: una obstrucción intestinal, perforación intestinal, apendicitis complicada, hernias intestinales, roturas viscerales, etc.
- ***A los pacientes que acuden a urgencias con un cuadro de abdomen agudo se les realizan al menos 3 proyecciones: AP supina, AP/PA en bipedestación o como alternativa una AP en decúbito lateral izquierdo, y una PA de tórax.***



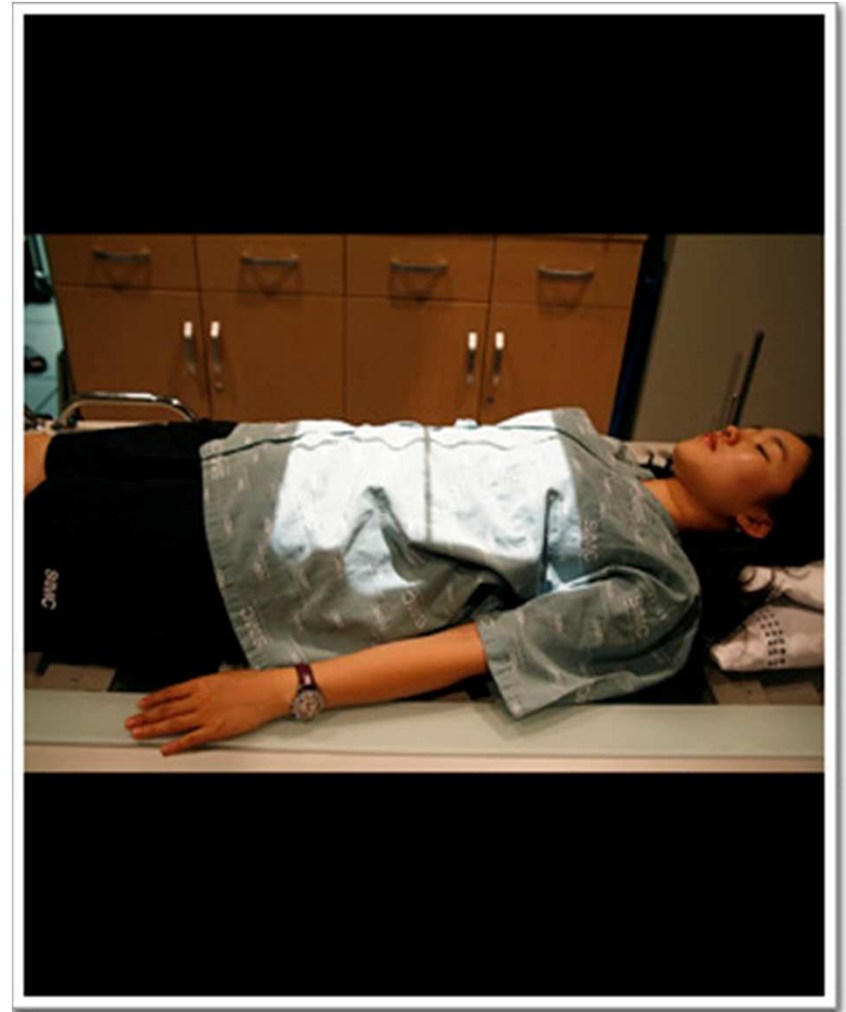
AP en decubito



Centrado:

Línea media del tronco, en el punto equidistante

1 cm por encima de las palas iliacas



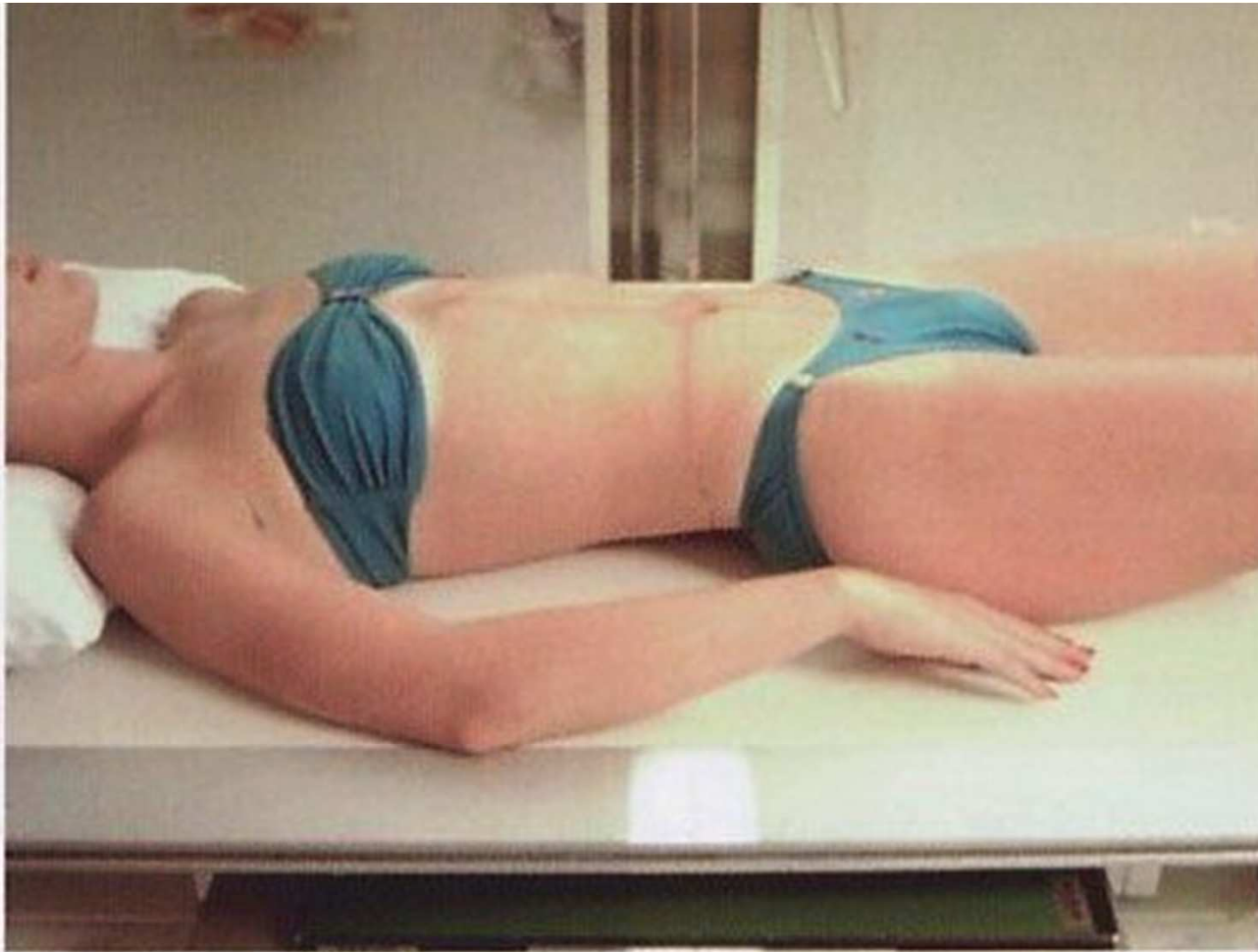


Fig. 3-26. Abdomen AP.

e) Colimación:

desde la apófisis xifoides hasta 2 cm por debajo del límite superior de la sínfisis púbica

• *En pacientes adultos de tamaño medio....*

Se sacrifica la inclusión del límite superior mucho más habitualmente

Además...

• *En pacientes hiperesténicos (obesos) pueden ser necesarias **dos placas***

-Una de la mitad superior del abdomen, hasta las crestaschasis de 35 x 43 apaisado

-Otra de la mitad inferior, hasta la sínfisis púbica..... chasis de 35 x 43 también apaisado

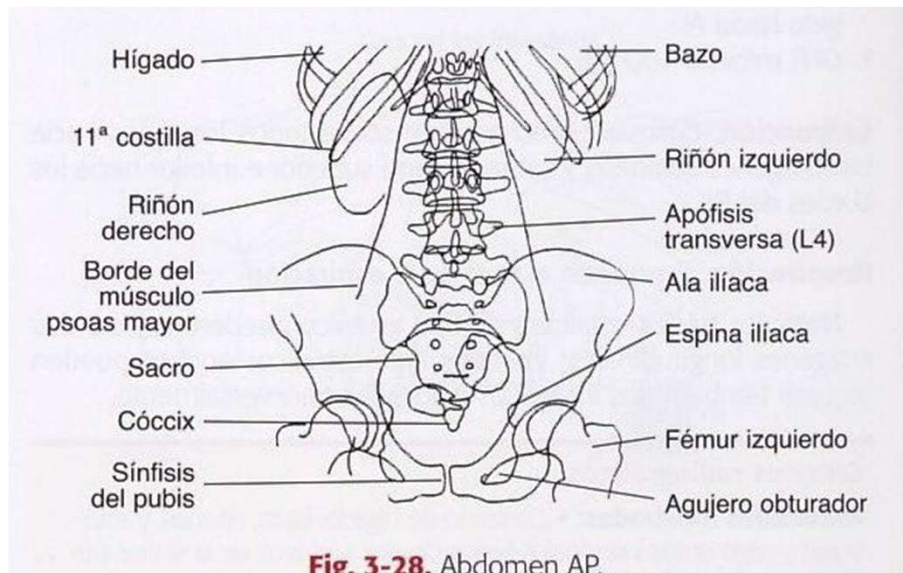
• *En pacientes muy altos pueden ser también necesarias **dos placas***

*-Una desde el diafragma
Chasis longitudinal de 35 x 43,*

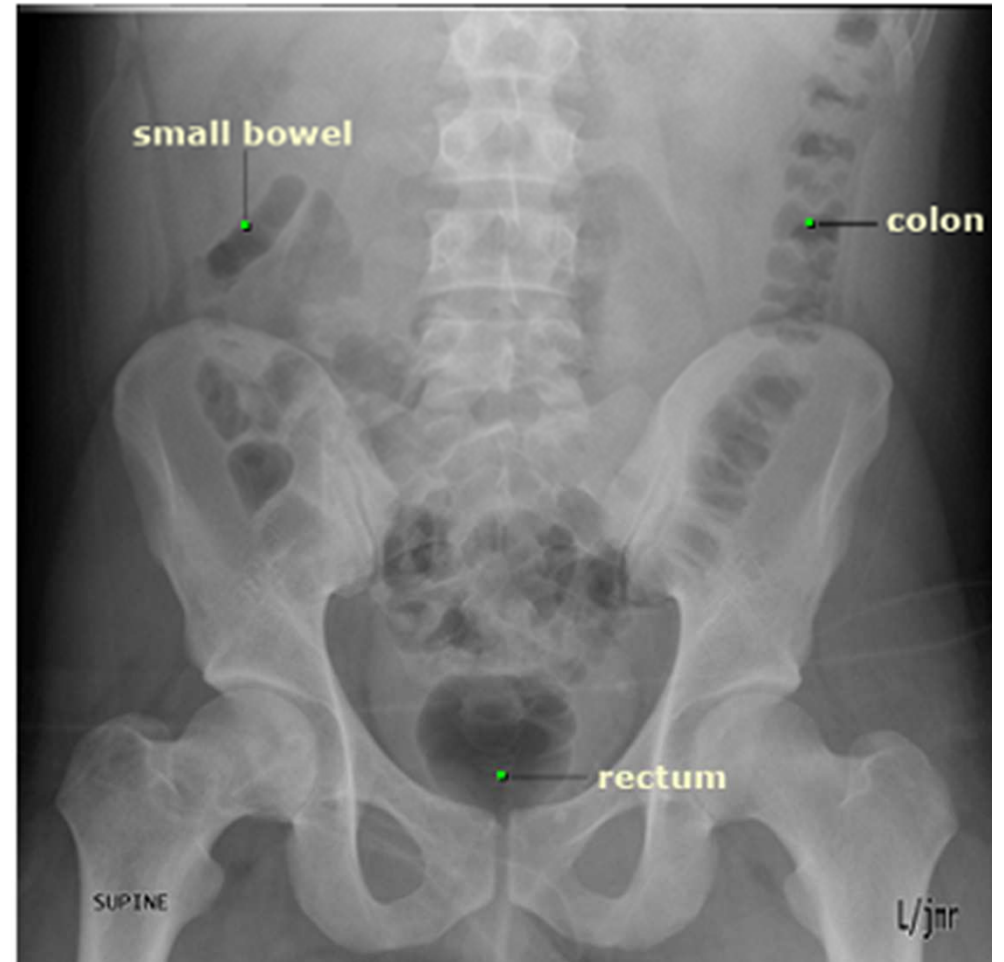
*-Otra de la región de la vejiga urinaria con un **chasis de 24 x 30 apaisado**, centrando la placa como la AP de pelvis*

Valoración:

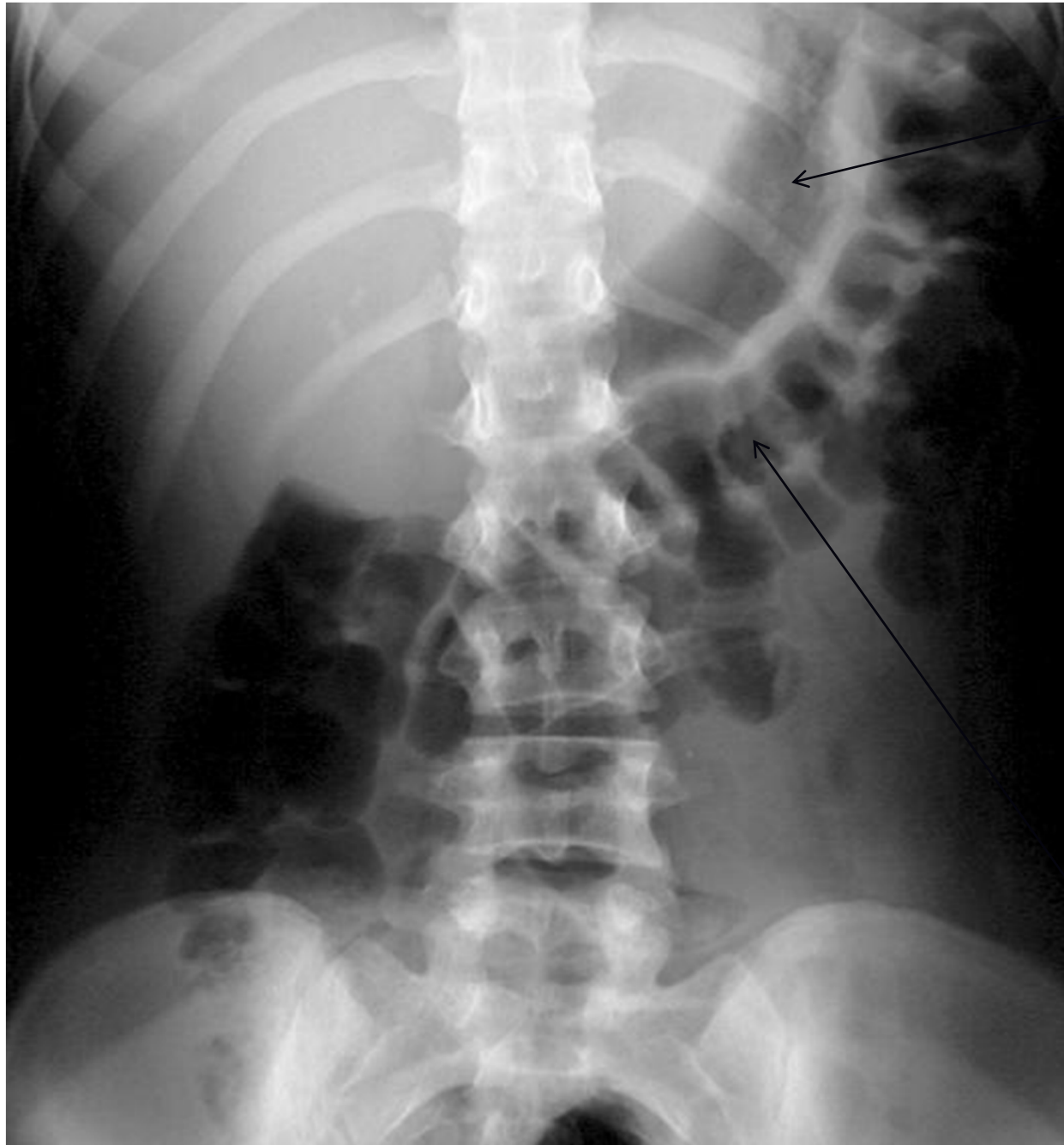
- Abarca desde sínfisis pubica hasta diafragma (cupulas diafragmaticas)
- Correcta alineación
- No debe haber rotación
 - apófisis espinosas en el centro y alineadas*
 - alas ilíacas simétricas y equidistantes*
- Contraste suficiente para diferenciar entre tejidos blandos y planos de grasa que lo rodean*



SOMBRAS GASEOSAS:



En la AP supina no es posible detectar la presencia de aire libre, ni la existencia de niveles hidroaéreos por la presencia de líquido



Estomago)



Asas de intestino delgado (válvulas conniventes)

colon



ESTRUCTURAS CÁLCICAS:



- **Esqueleto**

- **Posibles calcificaciones:**

- vesícula biliar o vías biliares,
- riñones o vías urinarias,
- cartílagos costales calcificados,
- placas calcificadas en aorta e ilíacas,
- calcificaciones pancreáticas,
- Flebolitos,
- etc.



Calcificación renal

Phleboliths





Obstrucción intestinal



Dispositivo intrauterino



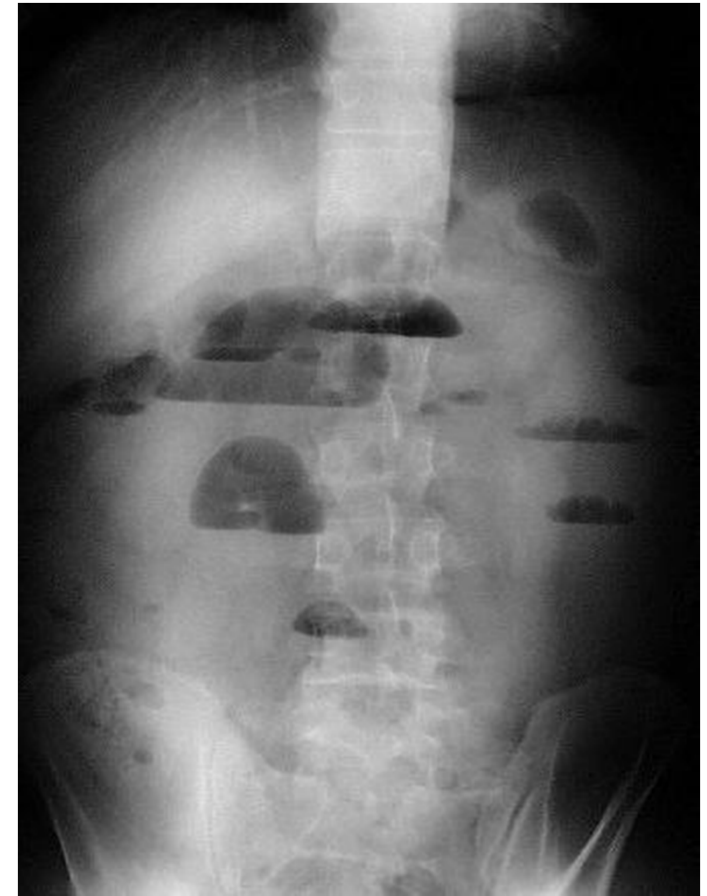
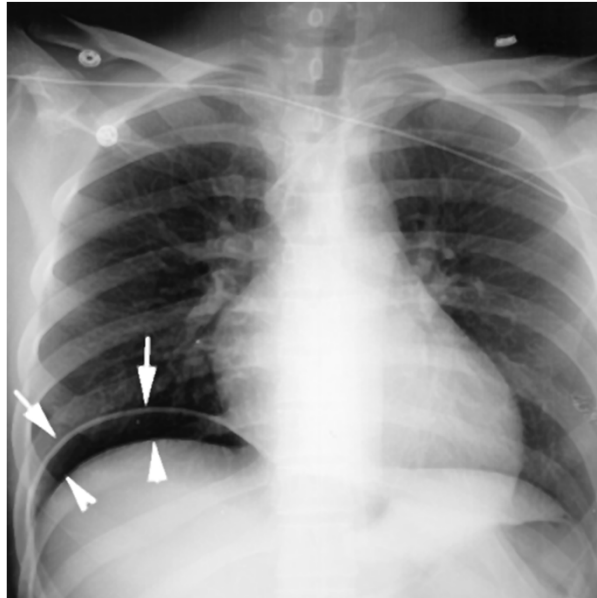
Cuerpos extraños

Cartuchos con droga

2.- PROYECCION ANTEROPOSTERIOR ERECTA (213):

Motivos:

- **gas libre intraperitoneal**
- **líquido libre intraperitoneal, ascitis,**
- **niveles gaseosos o líquidos en el intestino,**
- **en todos los casos de abdomen agudo**



Realizar esta proyección *antes* que el abdomen en supino

Posición del paciente, centrado y colimación:



Abarcar desde encima del diafragma, por **encima de la apófisis xifoides, nunca cortar los ángulos costofrénicos y el diafragma** hasta el **borde superior de la sínfisis púbica**

Si no cabe 2 chasis

Centrar en la línea media unos 2cm por encima del nivel de las palas iliacas

**Puede sustituirse esta proyección:
PA o AP con el paciente en
decúbito lateral izquierdo.**

**Antes del disparo.....
*dejar pasar unos minutos***

Valoración y anatomía radiológica:



3.- PROYECCION ANTEROPOSTERIOR EN DECUBITO LATERAL IZQUIERDO:

Motivos:

Sustituir a la AP en bipedestación para confirmar la aire o líquido intraperitoneal (ascitis), o niveles de aire o líquido intestinal



Posición del paciente, centrado y colimación:

Acostado sobre su ***lado izquierdo*** (sobre todo si se busca aire)

Colocar el ***chasis vertical o bien utilizar el bucky mural***

