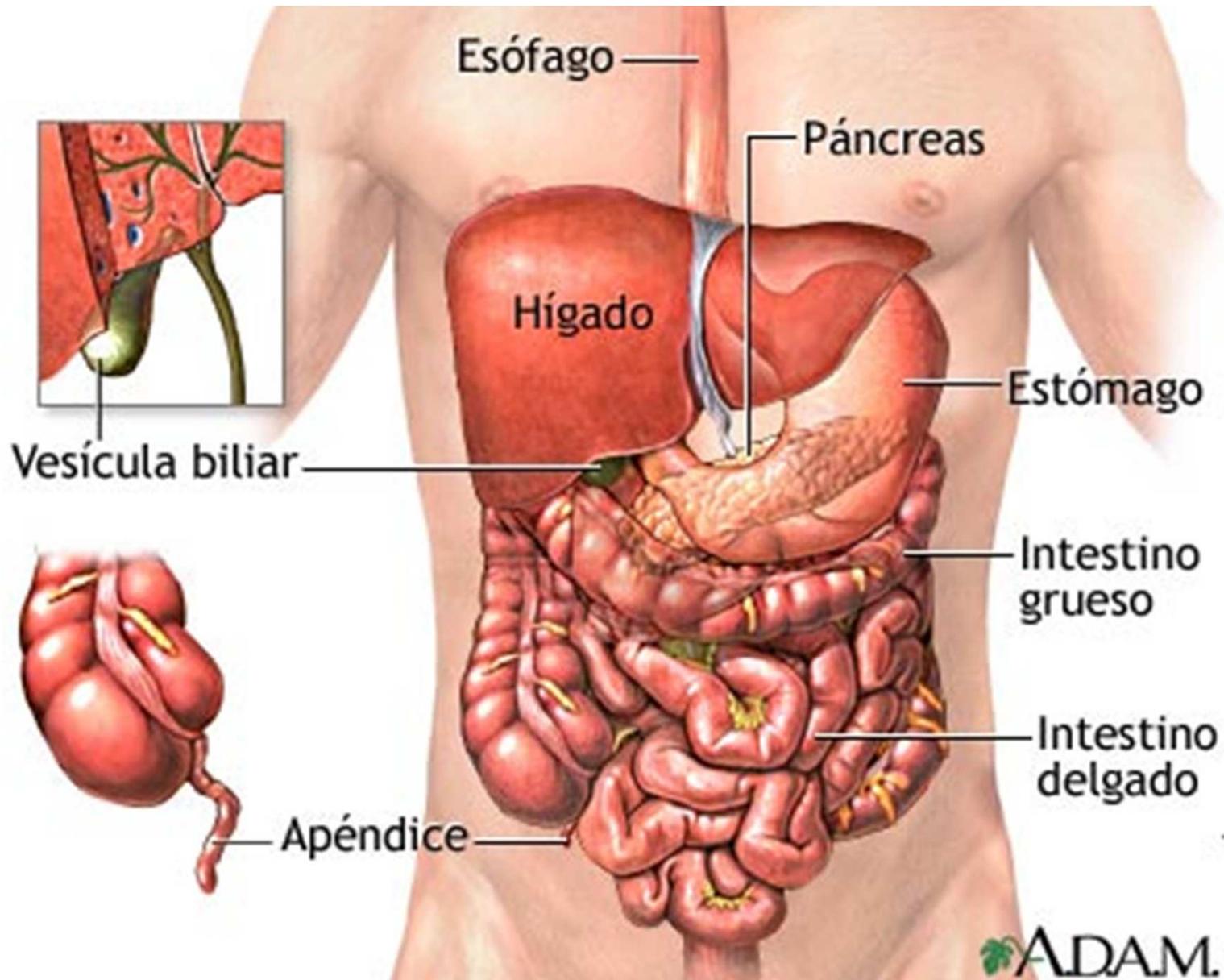


# **ABDOMEN**

CARMELO JIMENEZ CARDENAS

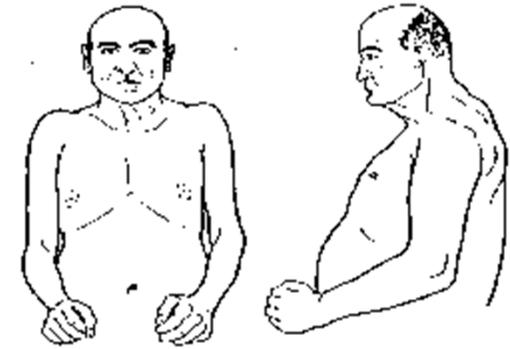
## Recuerdo anatómico de las estructuras y órganos abdominales.



## constitución corporal

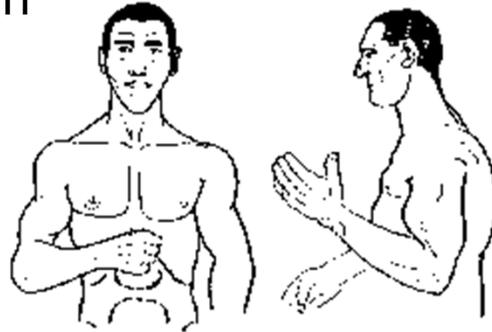
### • **Hiperesténico o pícnico 5%**

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



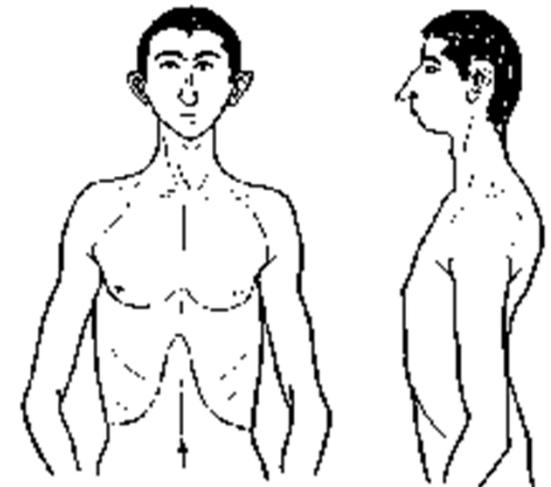
### • **Esténico**

### • **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

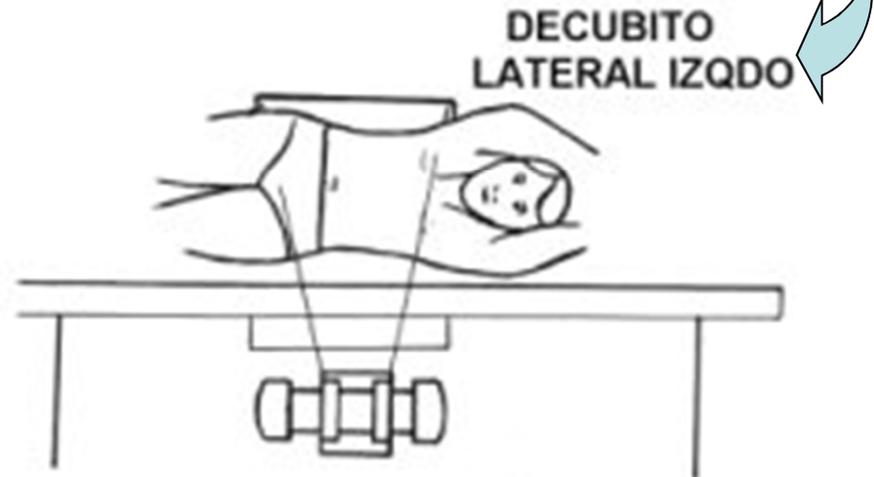
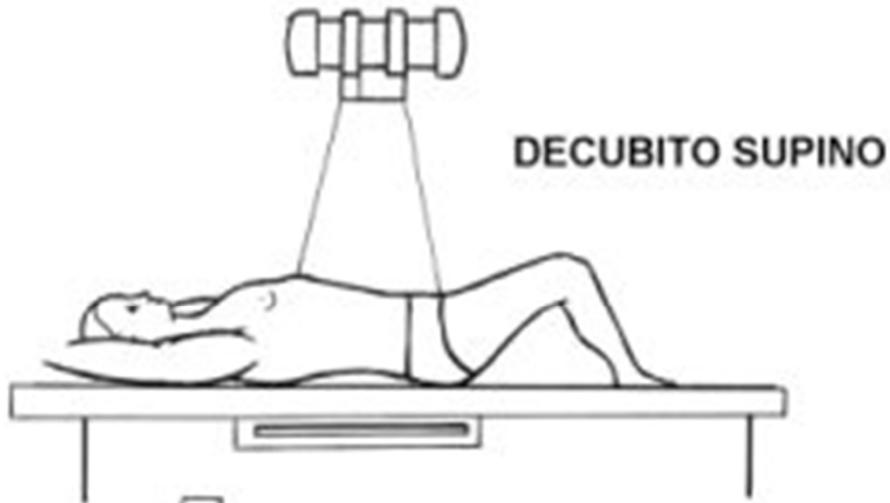
- ***Antes introducir algún medio de contraste*** (urografías, transitos, enemas opacos.....)

- ***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.***



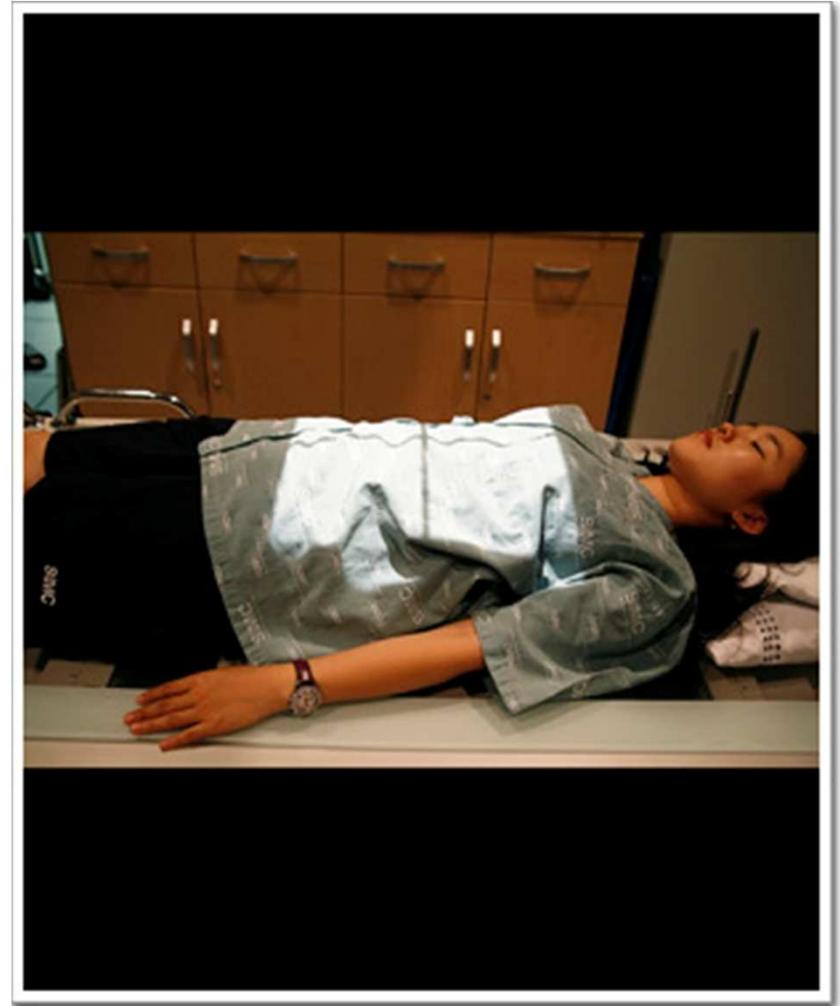
**AP en decubito**

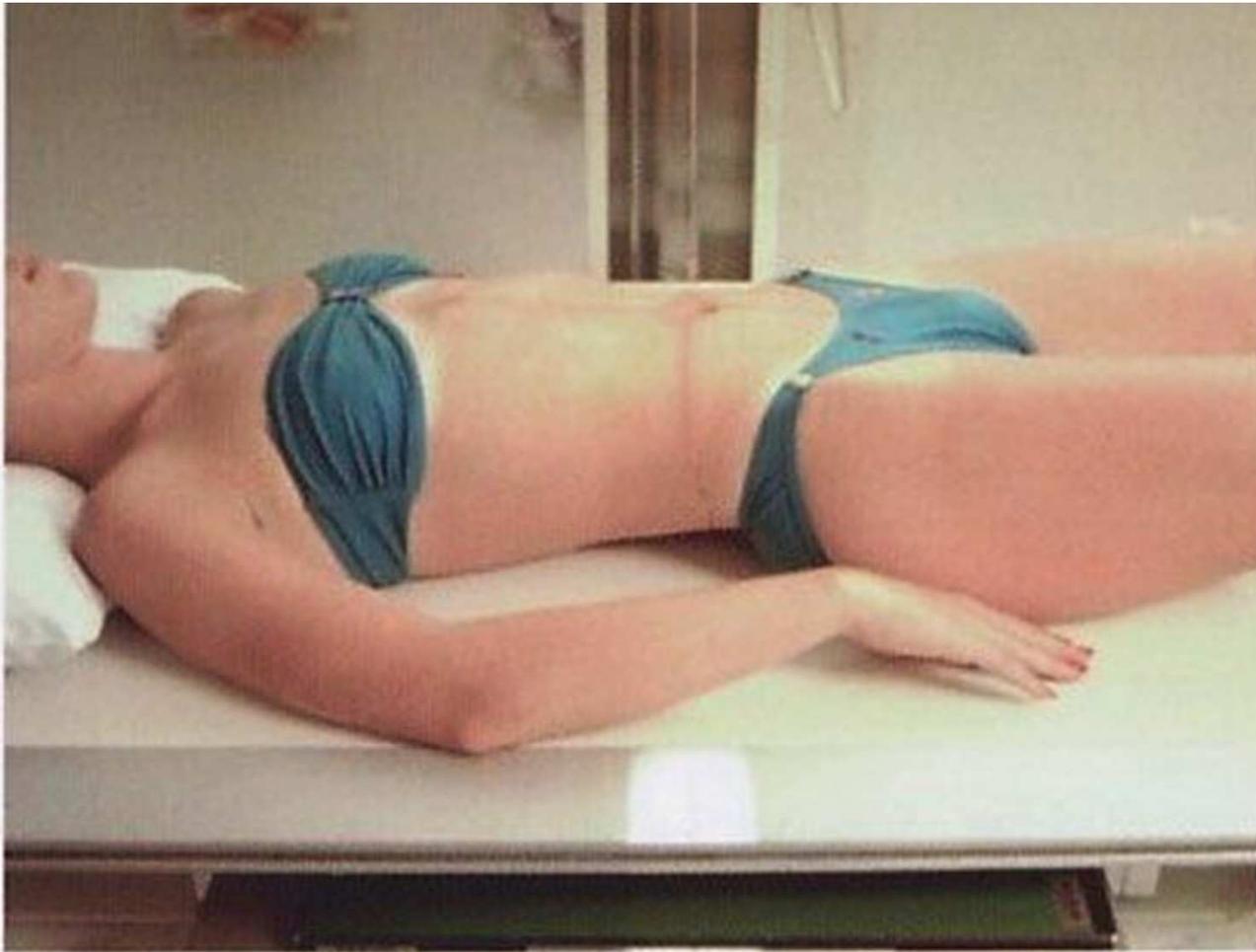


## Centrado:

***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 crestas .....chasis de 35 x 43 apaisado*

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

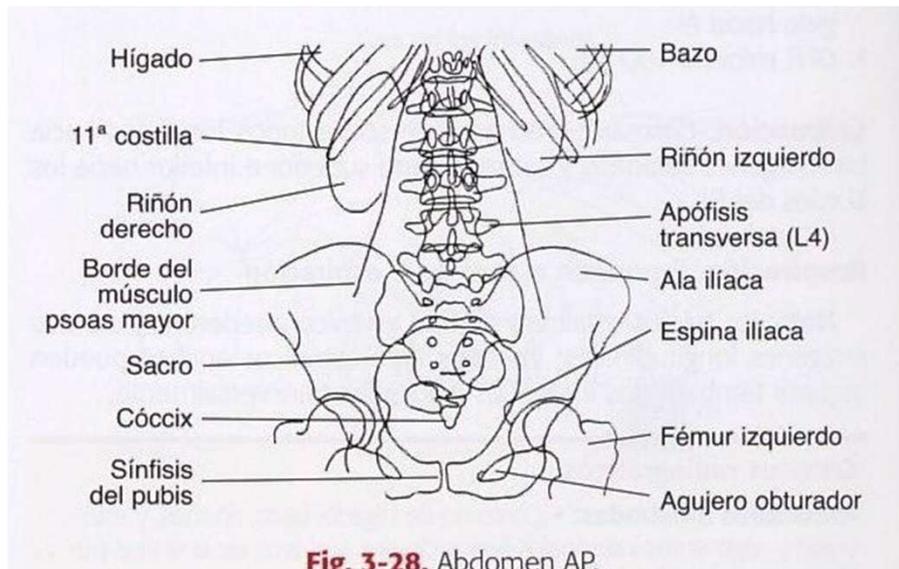
• *En pacientes muy altos pueden ser también necesarias **dos placas***

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

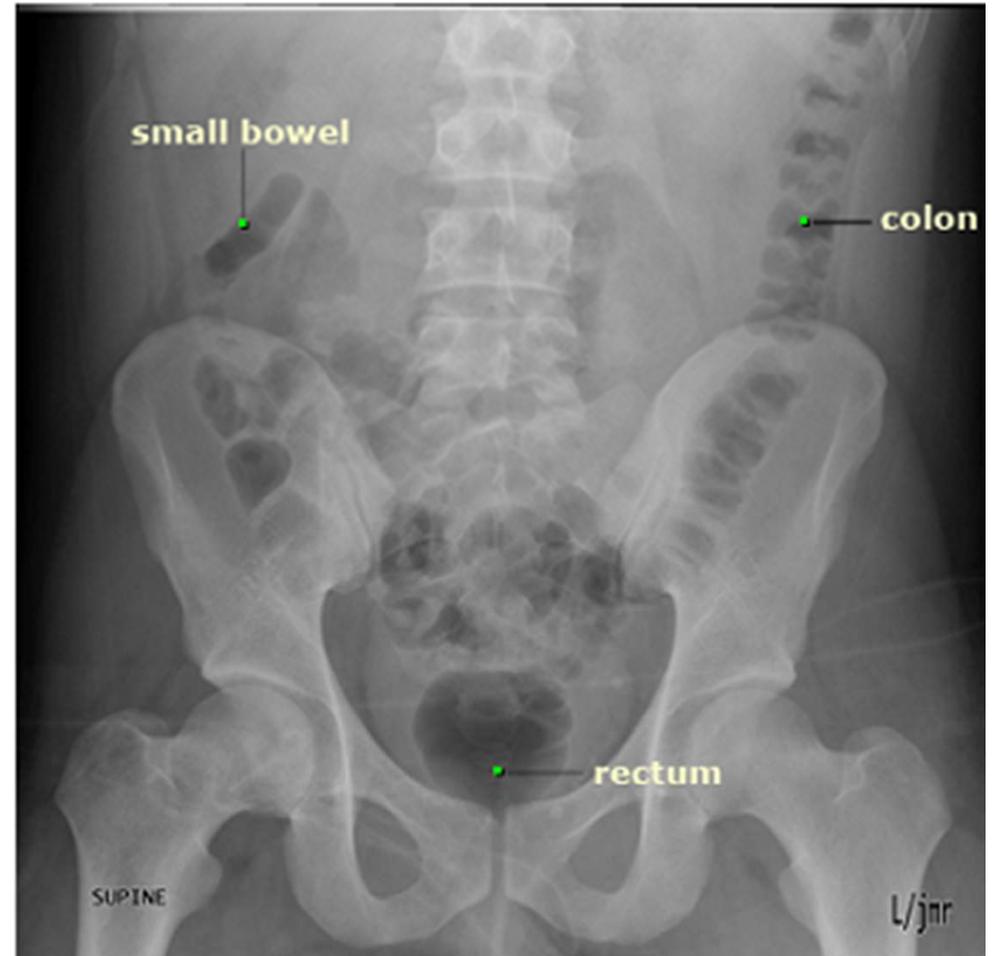
*-Otra de la región de la vejiga urinaria con un **chasis de 24 x 30 apaisado**, centrando la placa como la AP de pelvis*

## Valoración:

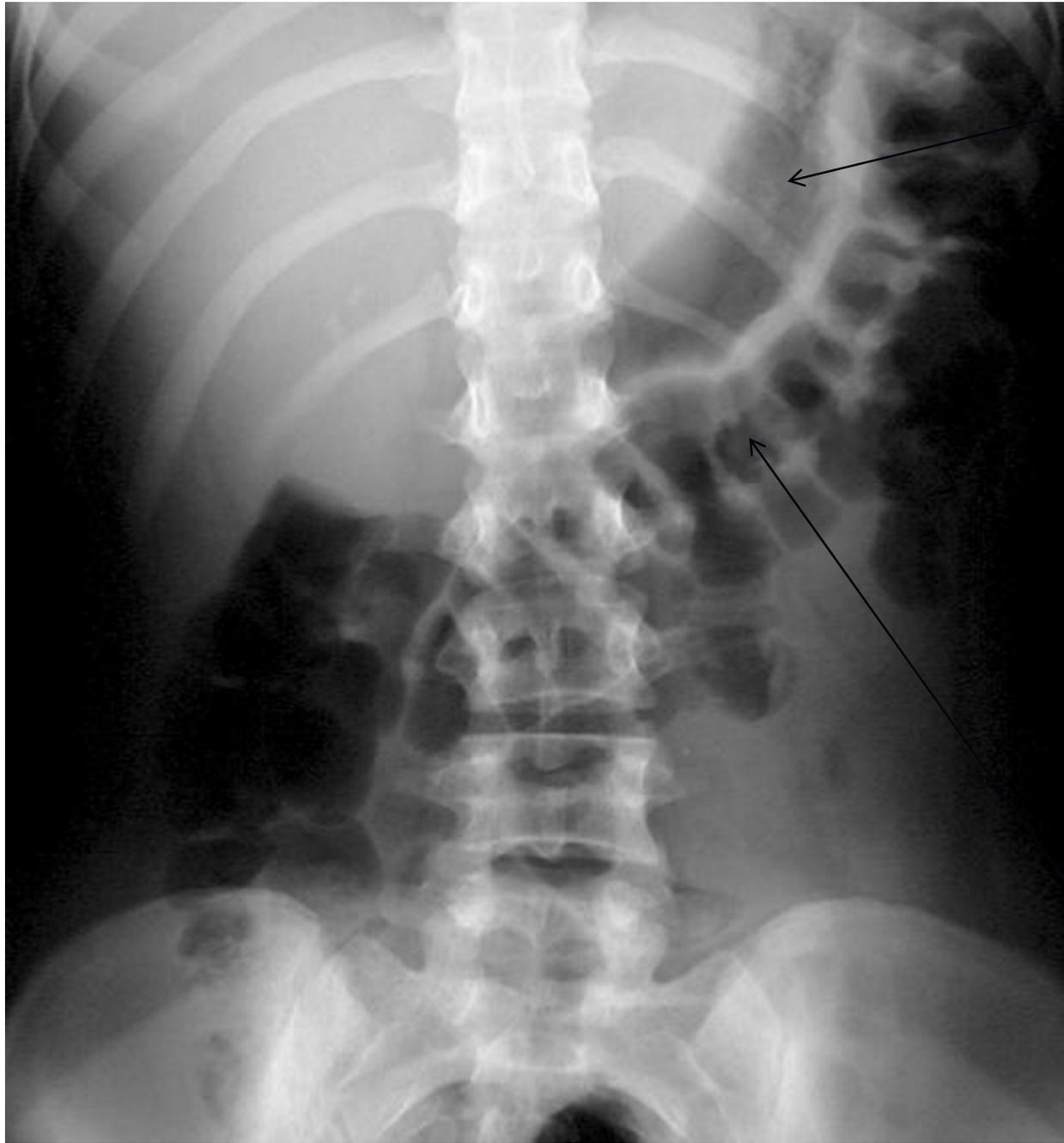
- Abarca desde sínfisis pubica hasta diafragma (cupulas diafragmaticas)
- Correcta alineación
- No debe haber rotación
  - apófisis espinosas en el centro y alineadas*
  - alas ilíacas simétricas y equidistantes*
- Contraste suficiente para diferenciar entre tejidos blandos y planos de grasa que lo rodean*



## 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



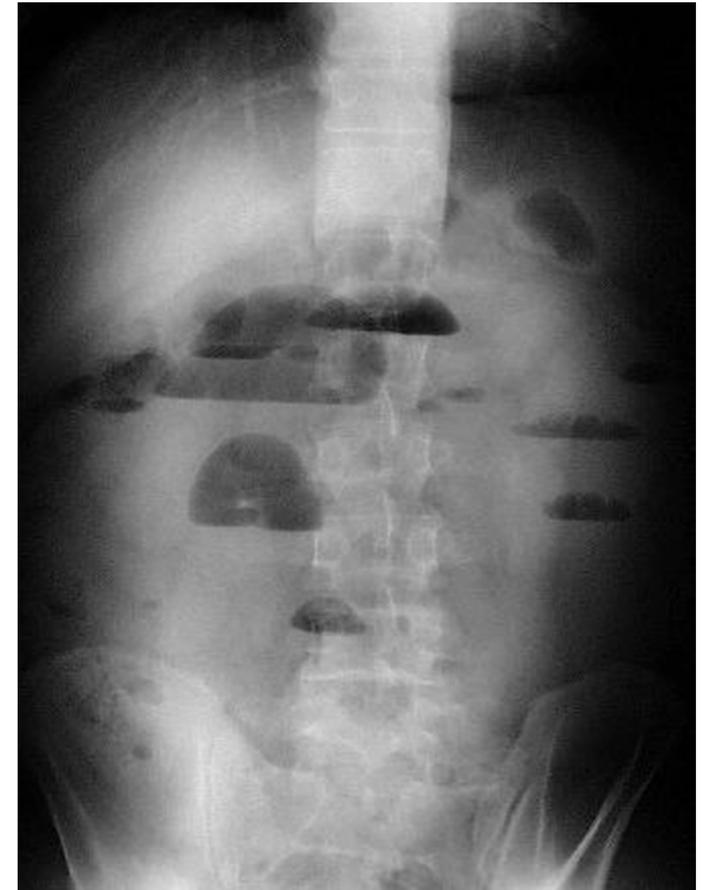
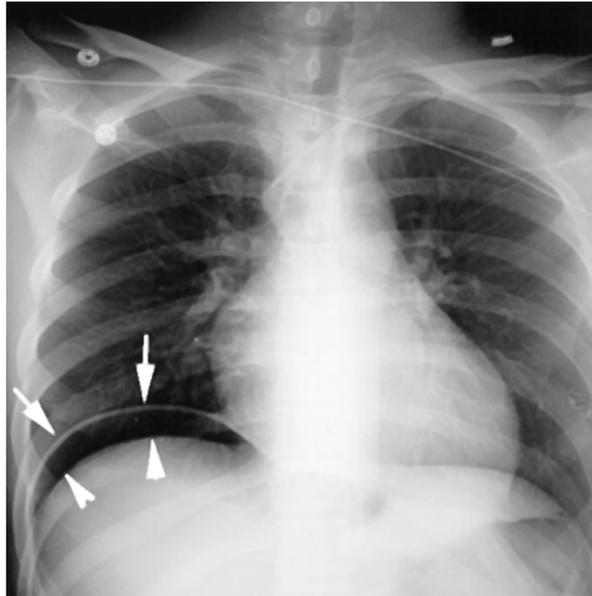
**Cuerpos extraños**

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**

