

Dolor abdominal en diabéticos: el valor del TC en el diagnóstico de urgencias ante cuadros clínicos atípicos.

Ylenia María Hernández Velázquez, Cristina Candelaria Linares Bello, Mónica Fernández del Castillo Ascanio, Pilar Nimar Núñez Vila, Carlos Marichal Hernández, Victor Rafael Martin Granado, Alejandra del Carmen Plasencia Marrero, María Cabrera González.

Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

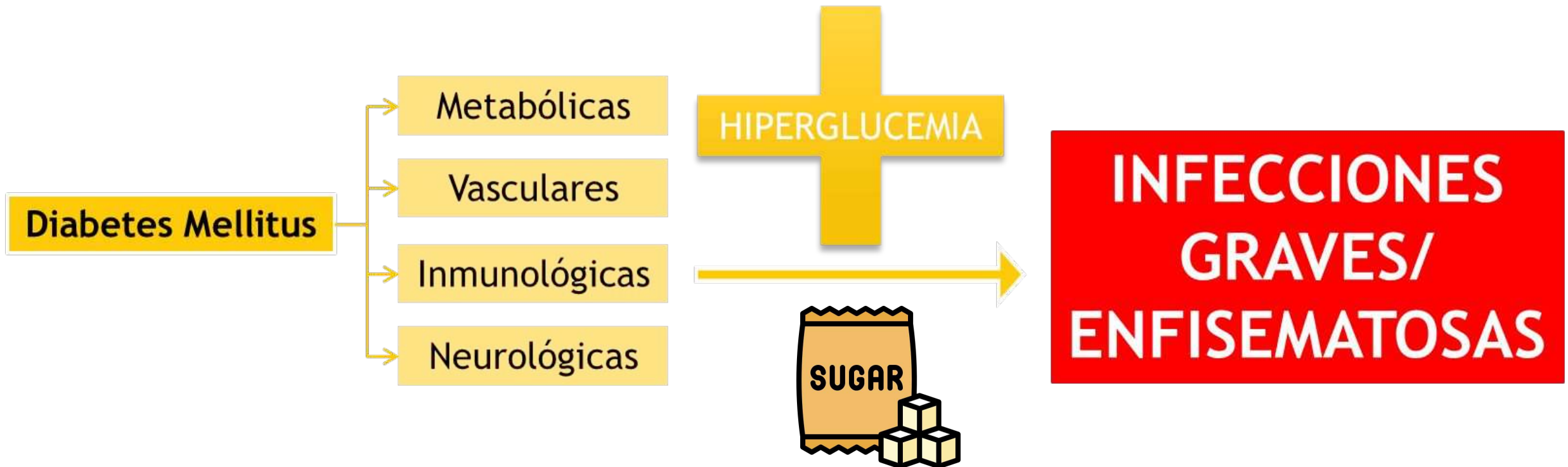
Objetivo Docente

- Revisar las principales patologías abdominales poco frecuentes que se presentan en pacientes diabéticos en el contexto de urgencias, destacando su clínica atípica y el papel clave de la tomografía computarizada (TC) en su diagnóstico precoz.
-

Revisión del tema

- La **diabetes mellitus (DM)** es una enfermedad sistémica que produce alteraciones **metabólicas, vasculares, inmunológicas y neurológicas** que modifican la respuesta inflamatoria y la percepción del dolor, conduciendo a **cuadros clínicos abdominales atípicos** de difícil diagnóstico.
 - La **hiperglucemia** se asocia a una respuesta inmunitaria reducida, lo que favorece la aparición de infecciones más agresivas (p. ej., **infecciones enfisematosas**) por inmunosupresión relativa, fermentación bacteriana y compromiso vascular.
-

Diabetes Mellitus



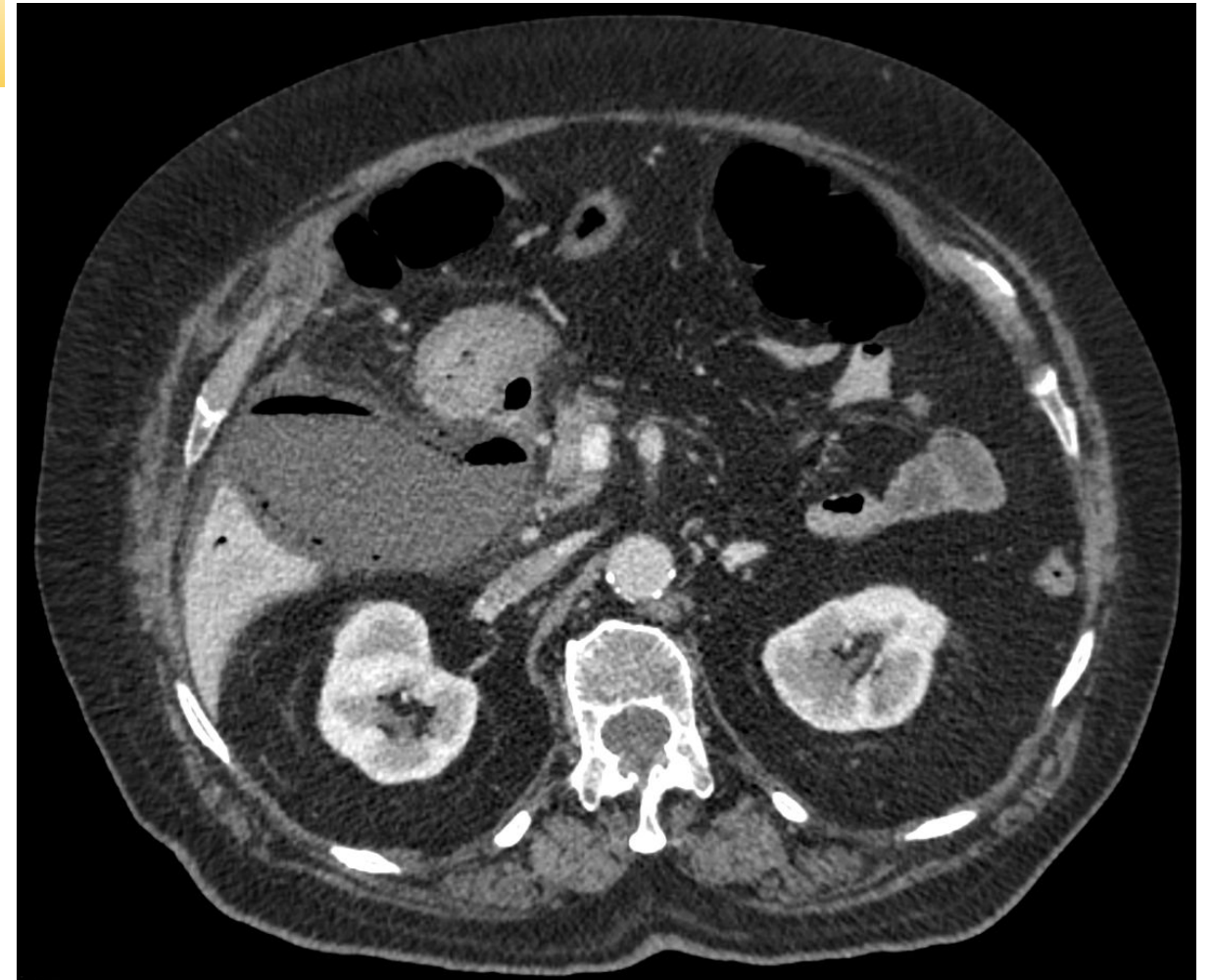
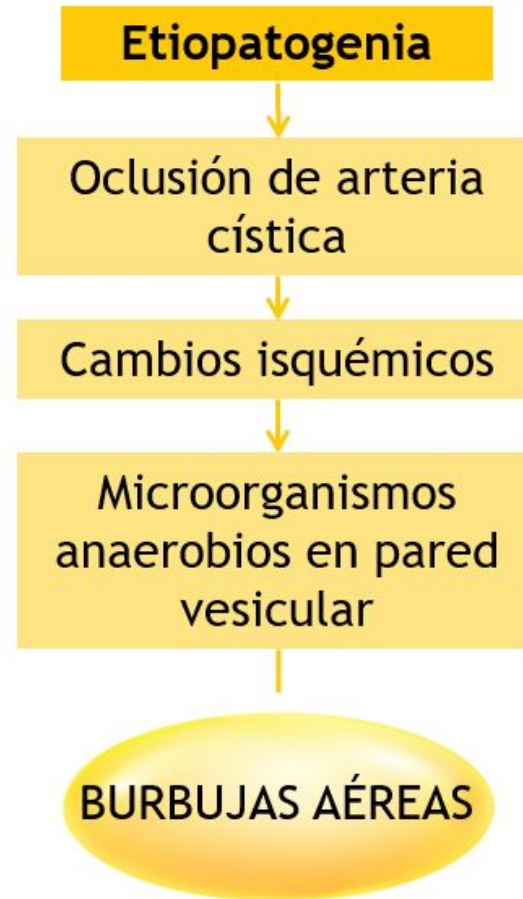
Diabetes Mellitus

- En este contexto, las técnicas de imagen, especialmente la **tomografía computarizada** (TC), desempeñan un papel fundamental que permiten identificar **hallazgos precoces** que conducen al diagnóstico y su posterior tratamiento, reduciendo la **morbimortalidad** asociada a estos cuadros clínicos.



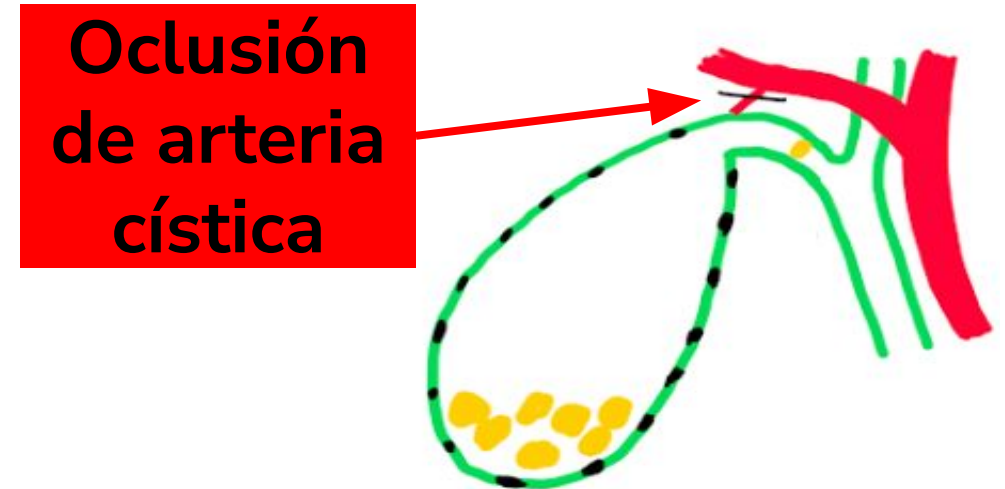
Colecistitis enfisematosa

La colecistitis enfisematosa es una forma fulminante de colecistitis aguda.



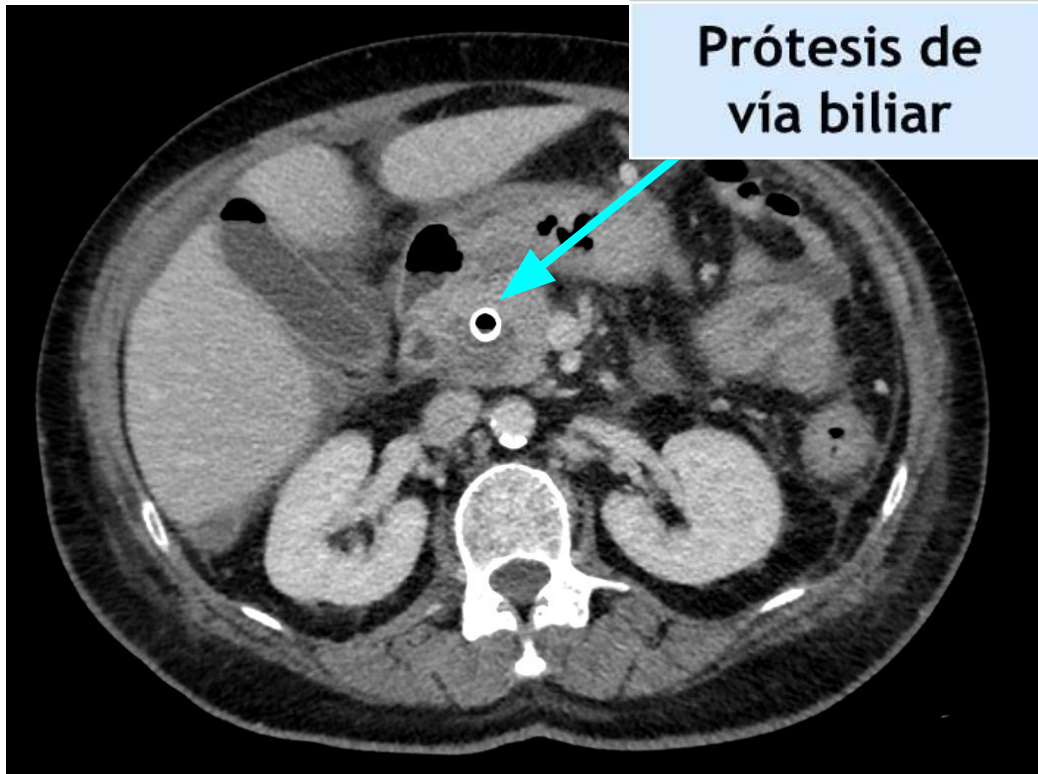
Hallazgos TC en la colecistitis enfisematosa

- Aire en pared vesicular con o sin aire en el lumen.
- Estriación de la grasa perivesicular.
- Hiporrealce de la pared vesicular (gangrena).
- Solución de continuidad en pared vesicular (perforación).
- Aneurisma u oclusión de la arteria cística.

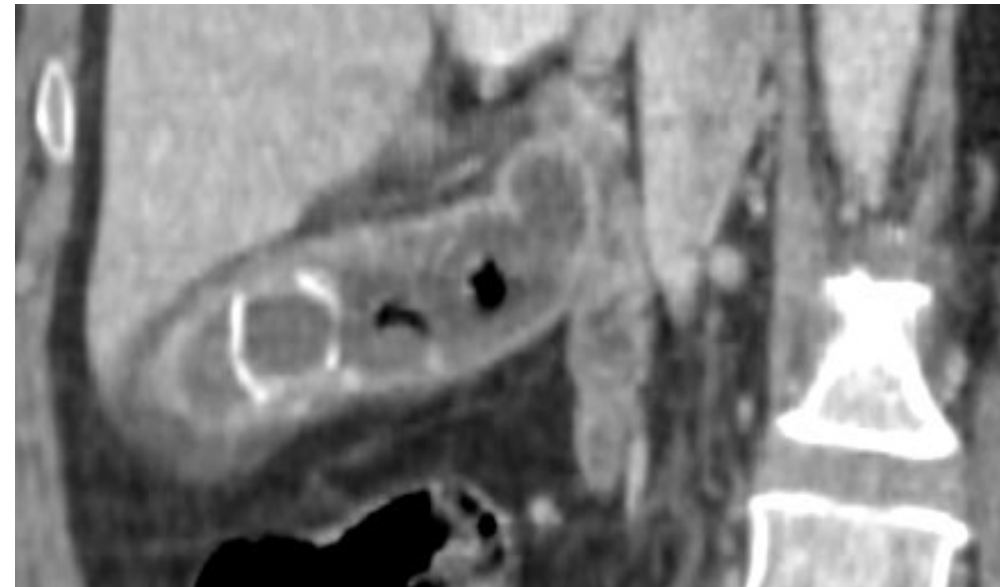


Diagnósticos diferenciales de la colecistitis enfisematosa

Neumobilia

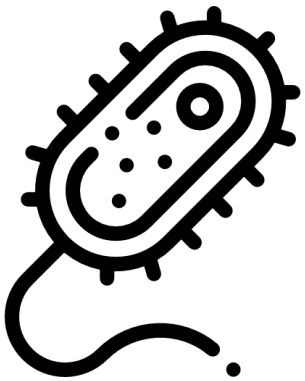


**Cálculos biliares que
contienen aire → signos
de “Mercedes-Benz”.**



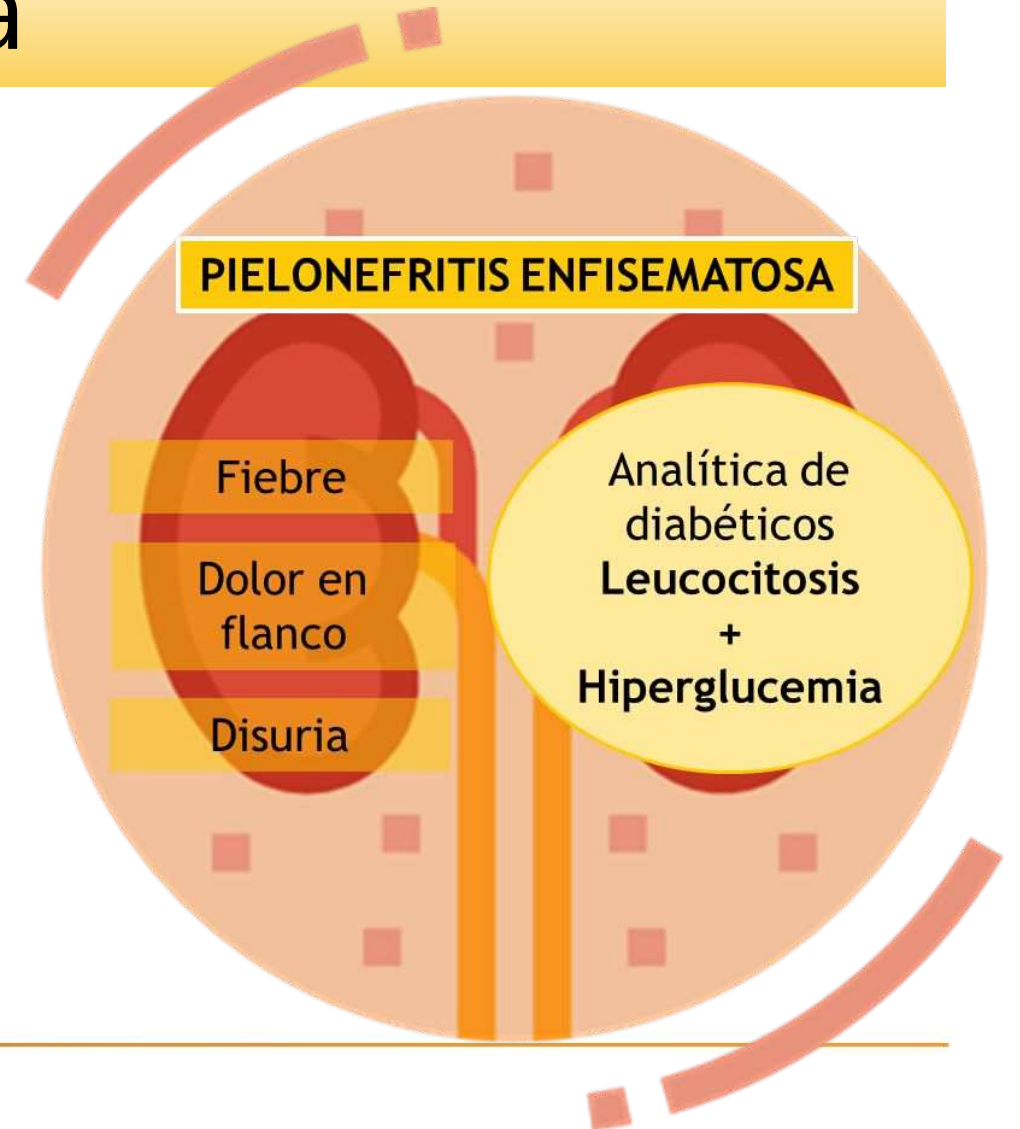
Pielonefritis enfisematosa

Infección necrosante
formadora de gas en los
riñones y tejidos
perinefríticos.



Microorganismos causantes
de la flora urinaria:

- **E. coli**
- K. Pneumoniae
- P. Aeruginosa
- P. Mirabilis



Hallazgos TC en la pielonefritis enfisematosa



- Burbujas aéreas dentro del riñón con o sin absceso renal y extensión extrarrenal.
- Destrucción y aumento de tamaño del parénquima renal.
- Áreas necróticas focales.
- Colecciones con niveles hidroaéreos.

Clasificación de Huang-Tseng para la pielonefritis enfisematosa según los hallazgos en el TC

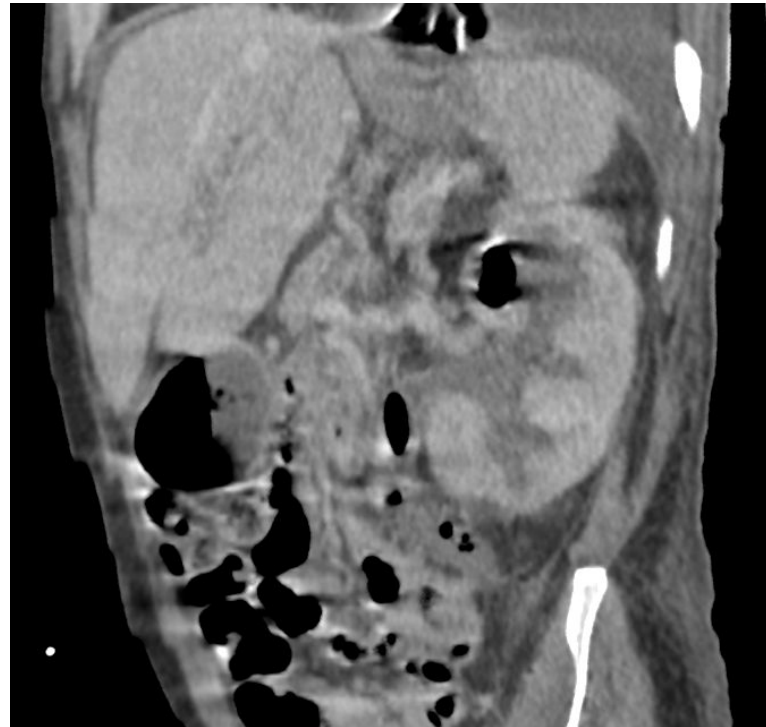
1	Gas solo en el sistema colector renal
2	Gas en el parénquima renal sin extensión extrarrenal
3A	Extensión de gas o absceso al espacio perinefrítico
3B	Extensión de gas o absceso al espacio perirrenal
4	Pielonefritis enfisematosa bilateral o en paciente monorreno

Clasificación de Huang-Tseng para la pielonefritis enfisematosa según los hallazgos en el TC

Clase 1



Clase 2

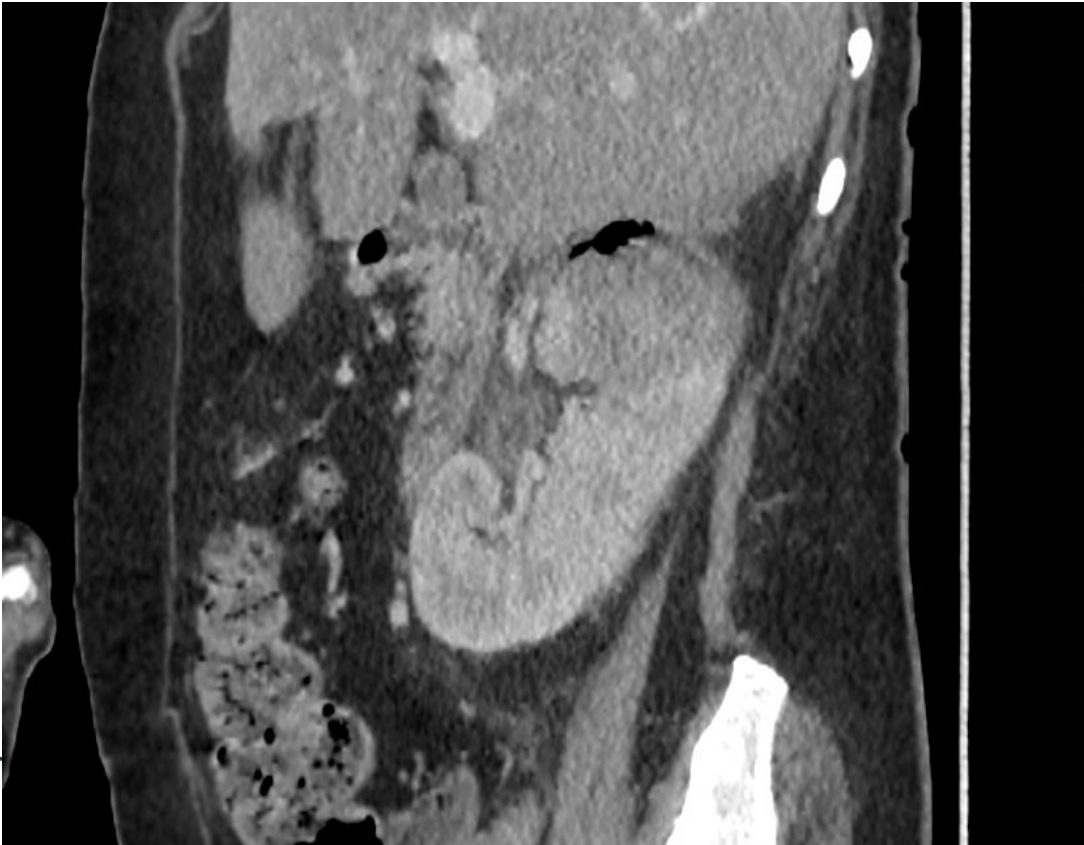


Clase 3A

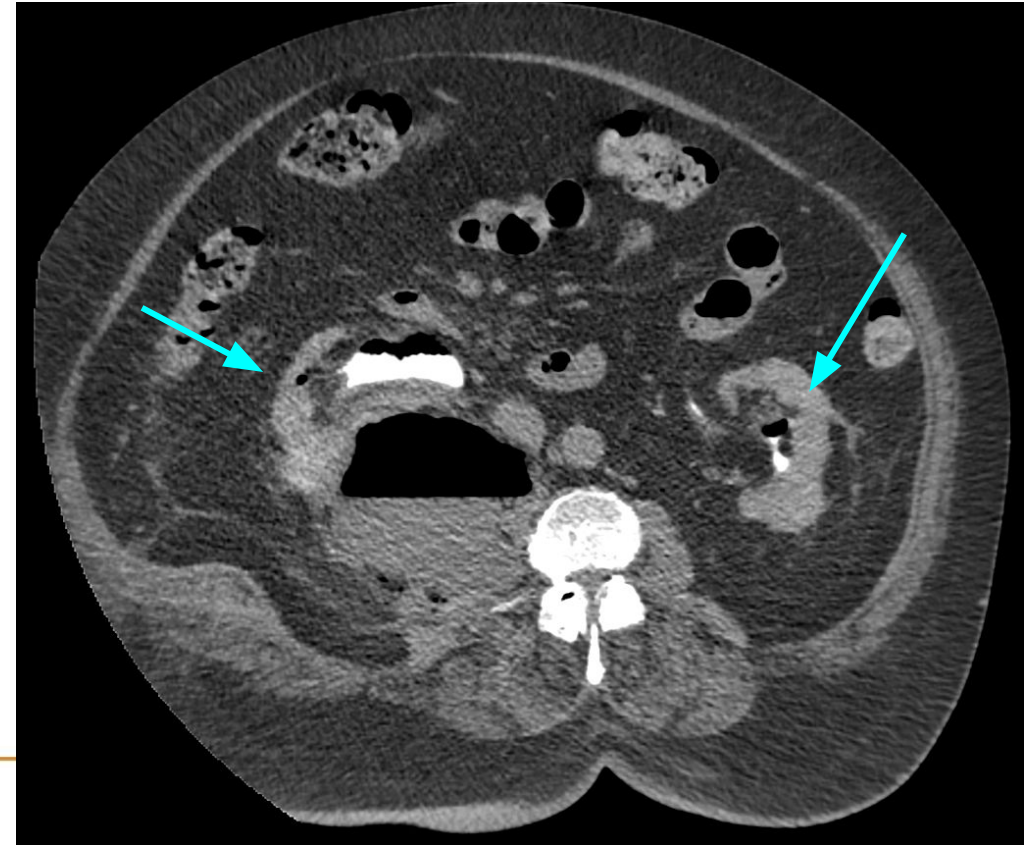


Clasificación de Huang-Tseng para la pielonefritis enfisematosa según los hallazgos en el TC

Clase 3B



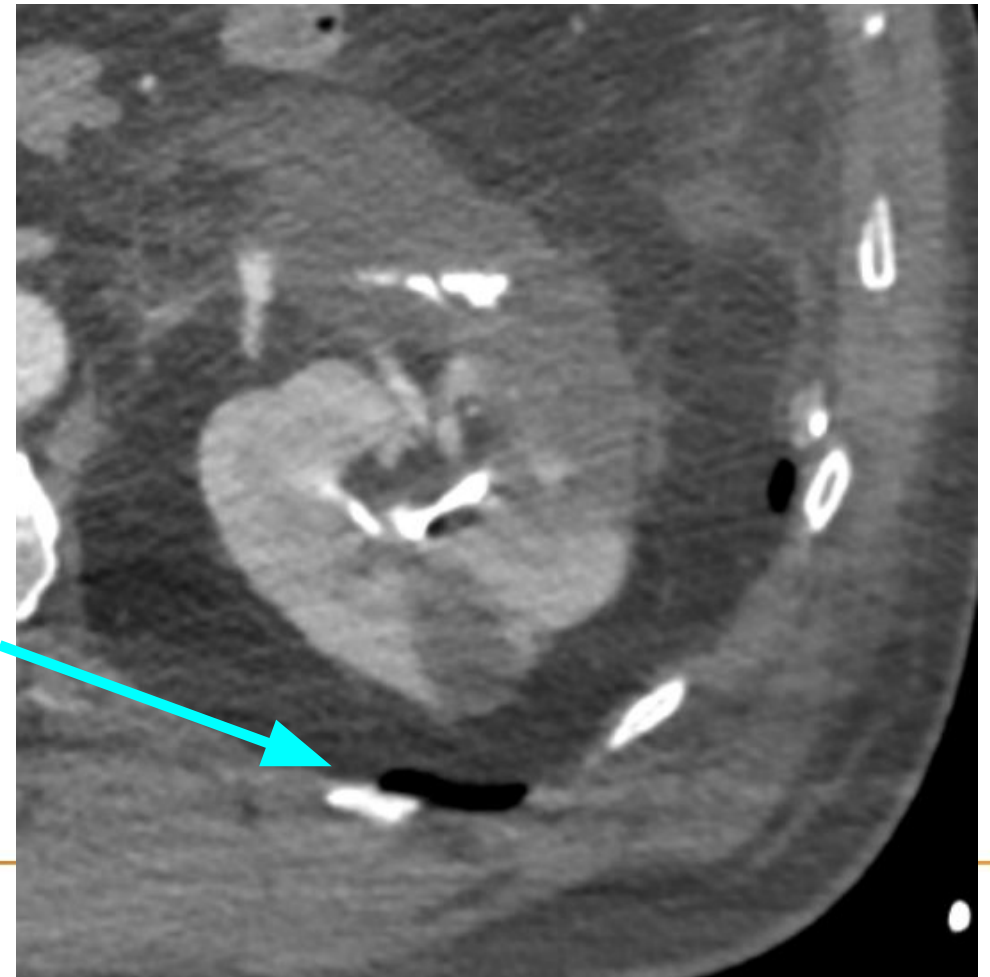
Clase 4



Diagnósticos diferenciales de la pielonefritis enfisematosa

Intervenciones postrenales

Aire post-
tumorectomía



Cistitis enfisematosa



La cistitis enfisematosa es una enfermedad crítica y potencialmente mortal de la vejiga urinaria.

CLINICA VARIABLE

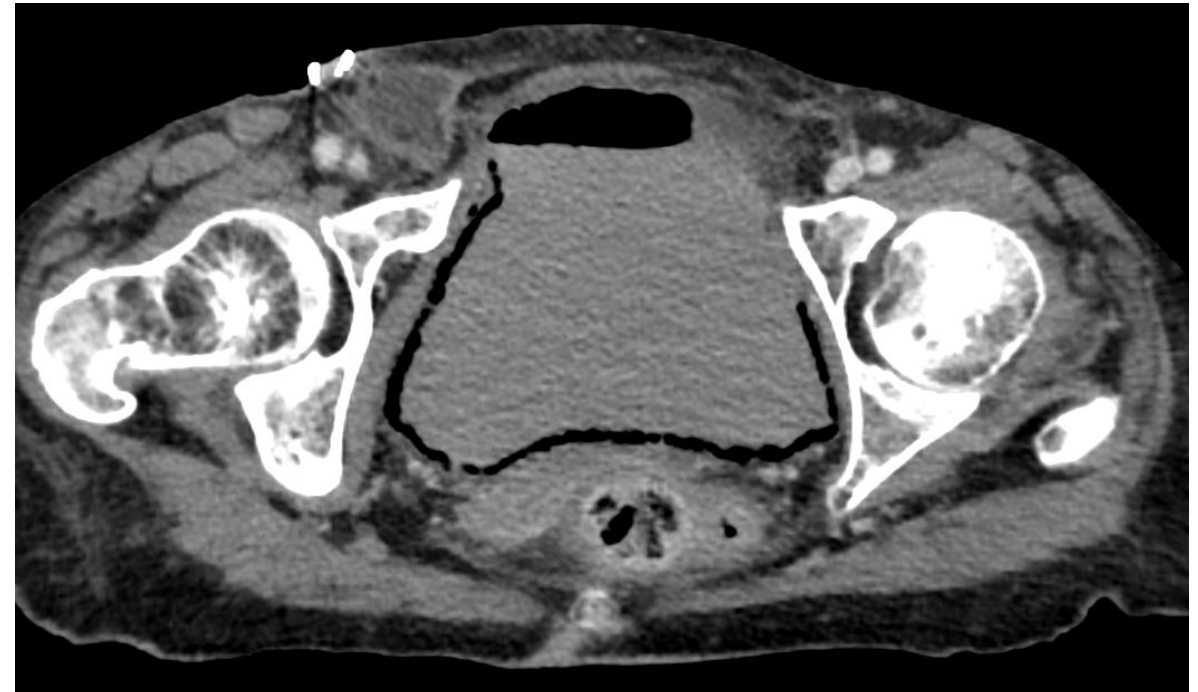
Asintomático



SEPSIS

Hallazgos TC en la cistitis enfisematosa

- Presencia de aire en la pared vesical (puede o no haber aire en el lumen).
- Engrosamiento de la pared vesical.
- Disminución del realce de la pared vesical.
- Cambios inflamatorios perivesicales.



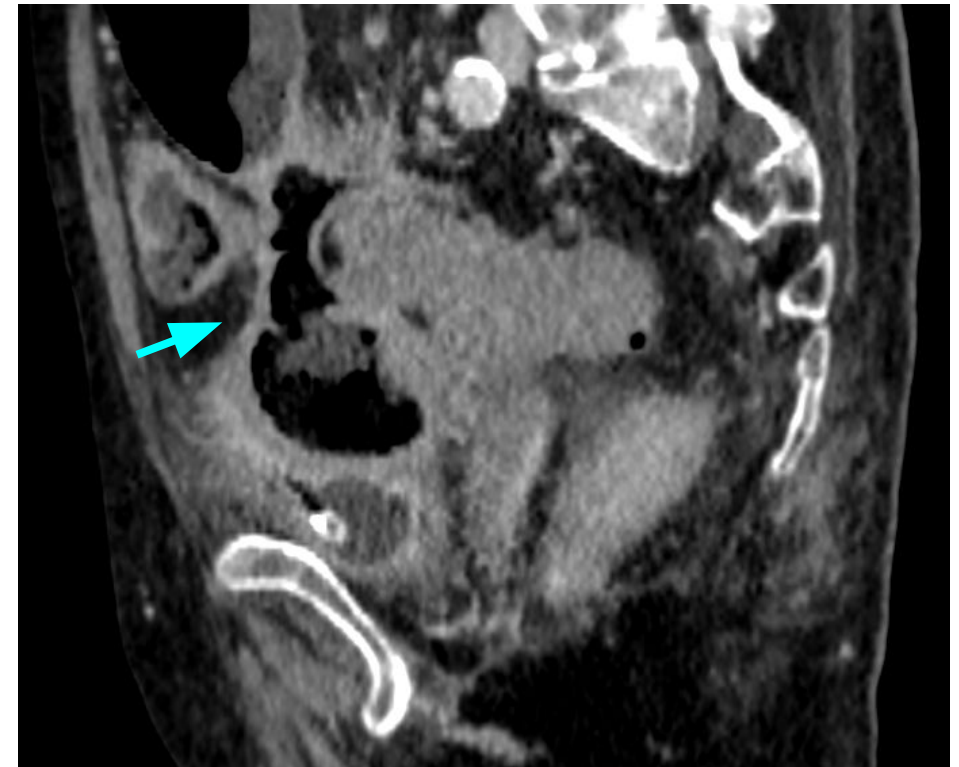
Diagnósticos diferenciales de la cistitis enfisematosa

Lesión traumática o no traumática de la vejiga

Rotura vesical
por fractura
pélvica

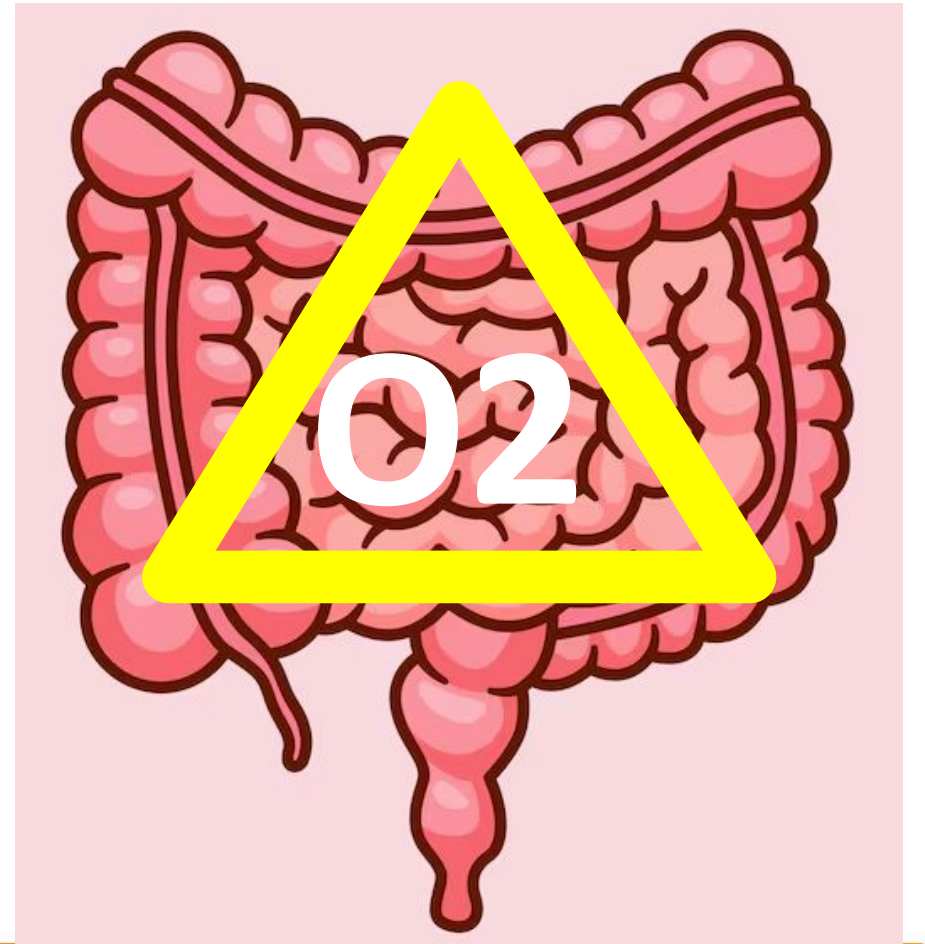


Fístula enterovesical



Isquemia mesentérica no oclusiva (NOMI)

Complicación poco
frecuente de la
**cetoacidosis diabética
(CAD)** en la población
adulta.



Hallazgos TC de la NOMI

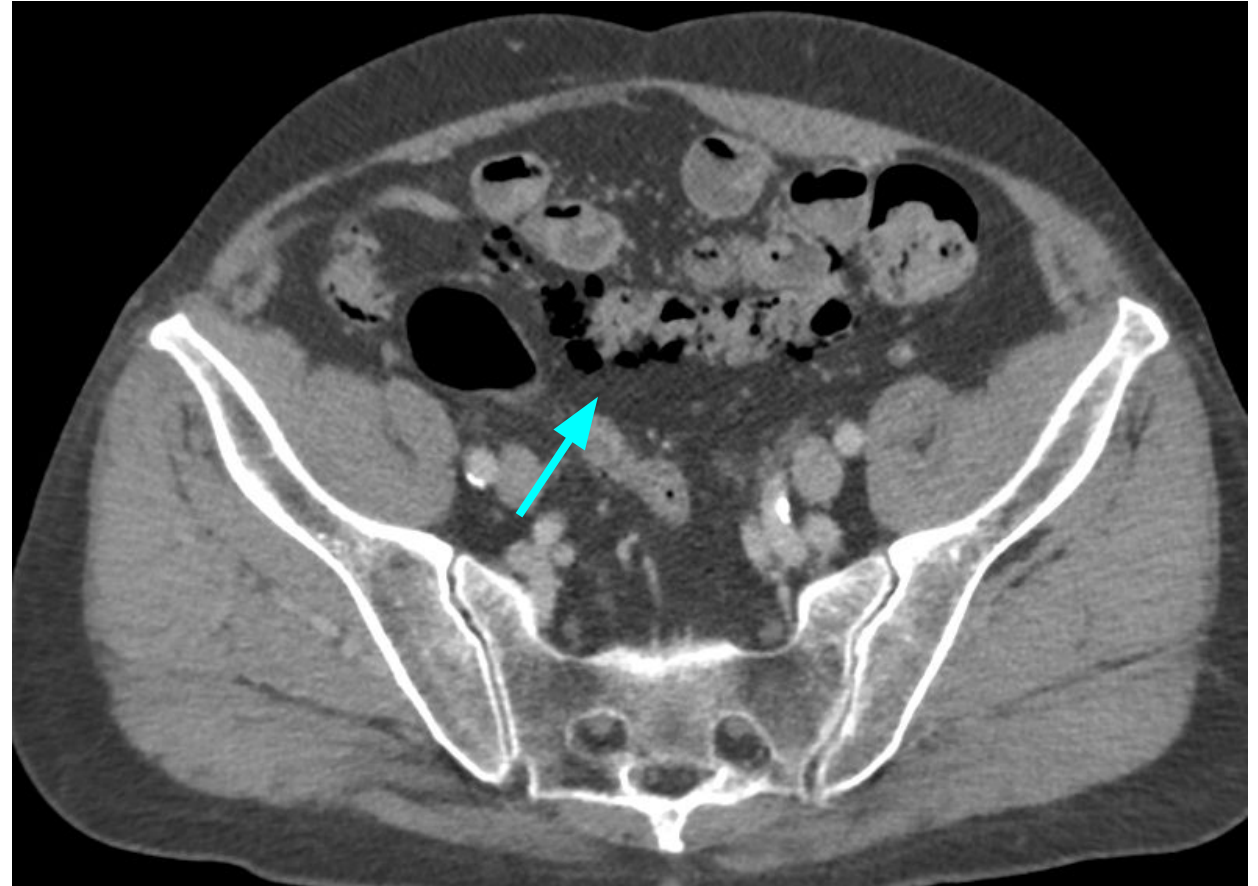


- Neumatosis intestinal.
- Engrosamiento de la pared intestinal.
- Disminución del realce de la pared intestinal.
- Dilatación intestinal.
- Estriación de la grasa mesentérica y ascitis.
- Gas venoso portomesentérico.
- Arteria mesentérica superior **permeable**, que puede presentar reducción de su calibre.

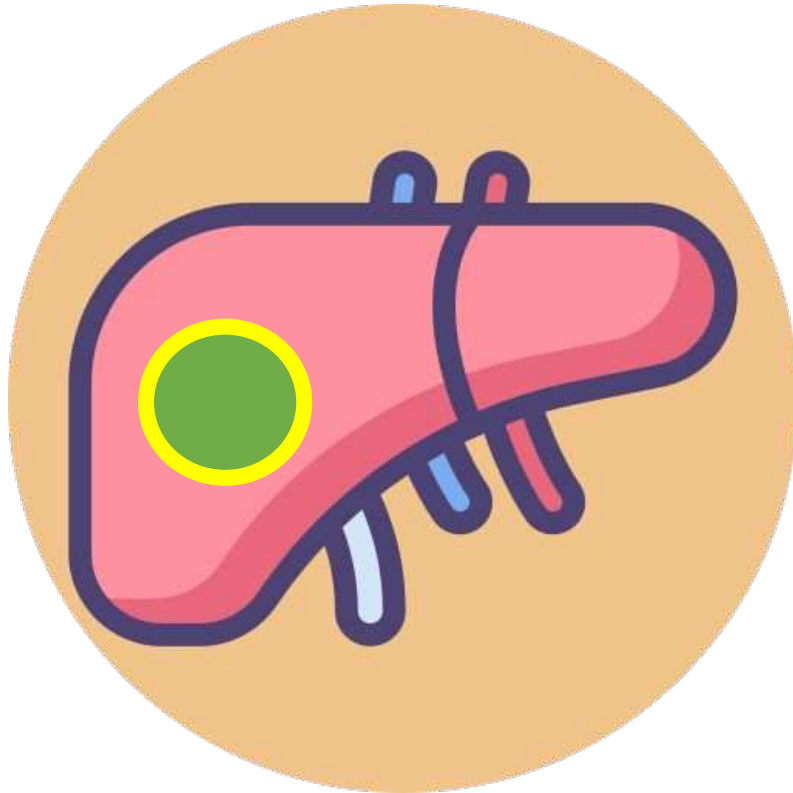
Diagnósticos diferenciales de la NOMI

**Neumatosis intestinal
benigna**

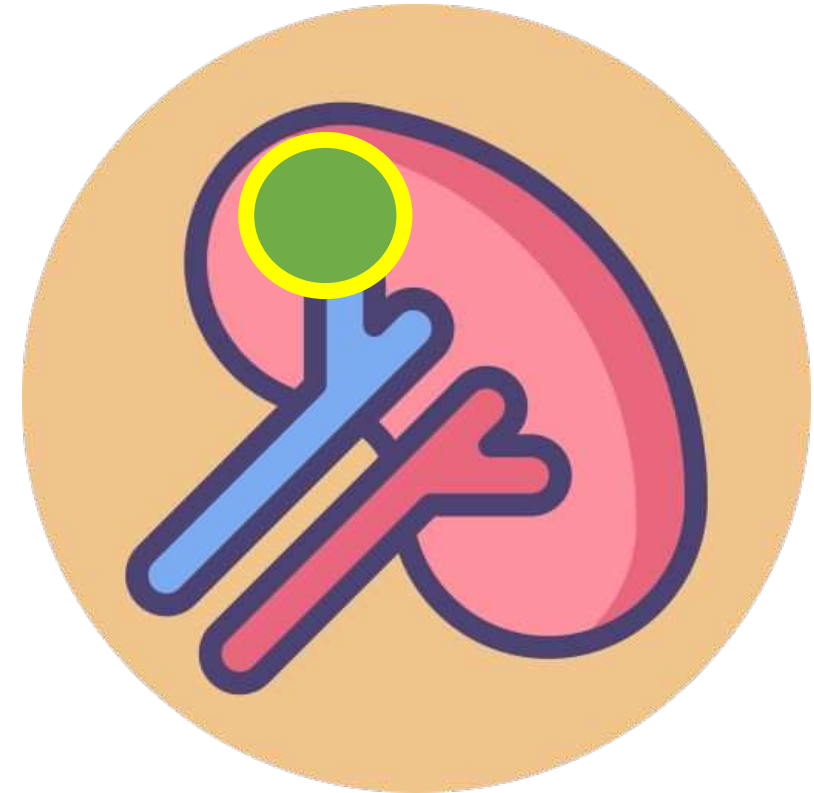
**Neumatosis quística
intestinal**



Abscesos hepáticos y esplénicos

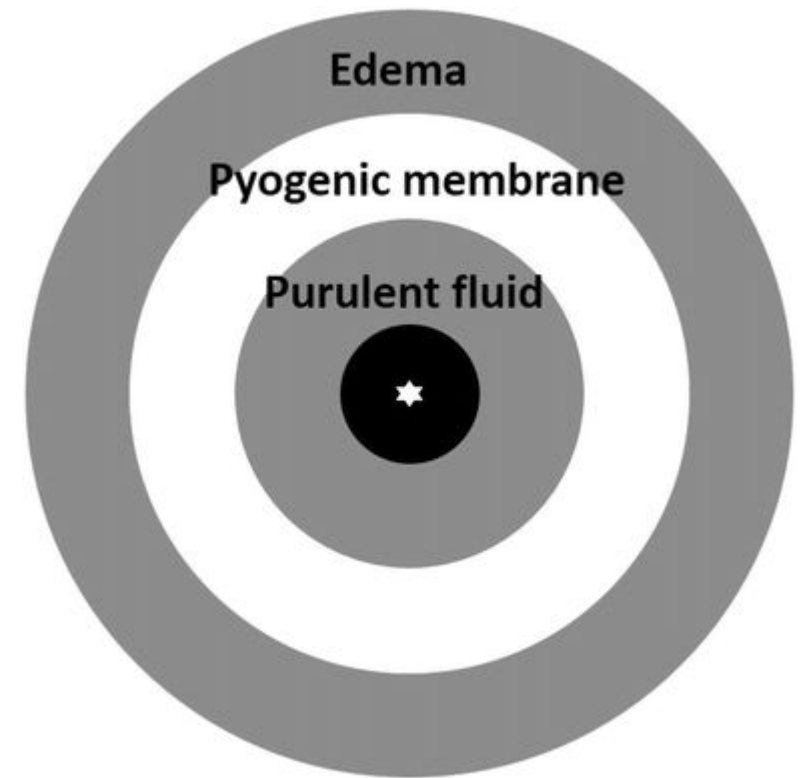


Acumulaciones de
tejido inflamatorio
necrótico causado
por bacterias,
parásitos u hongos.

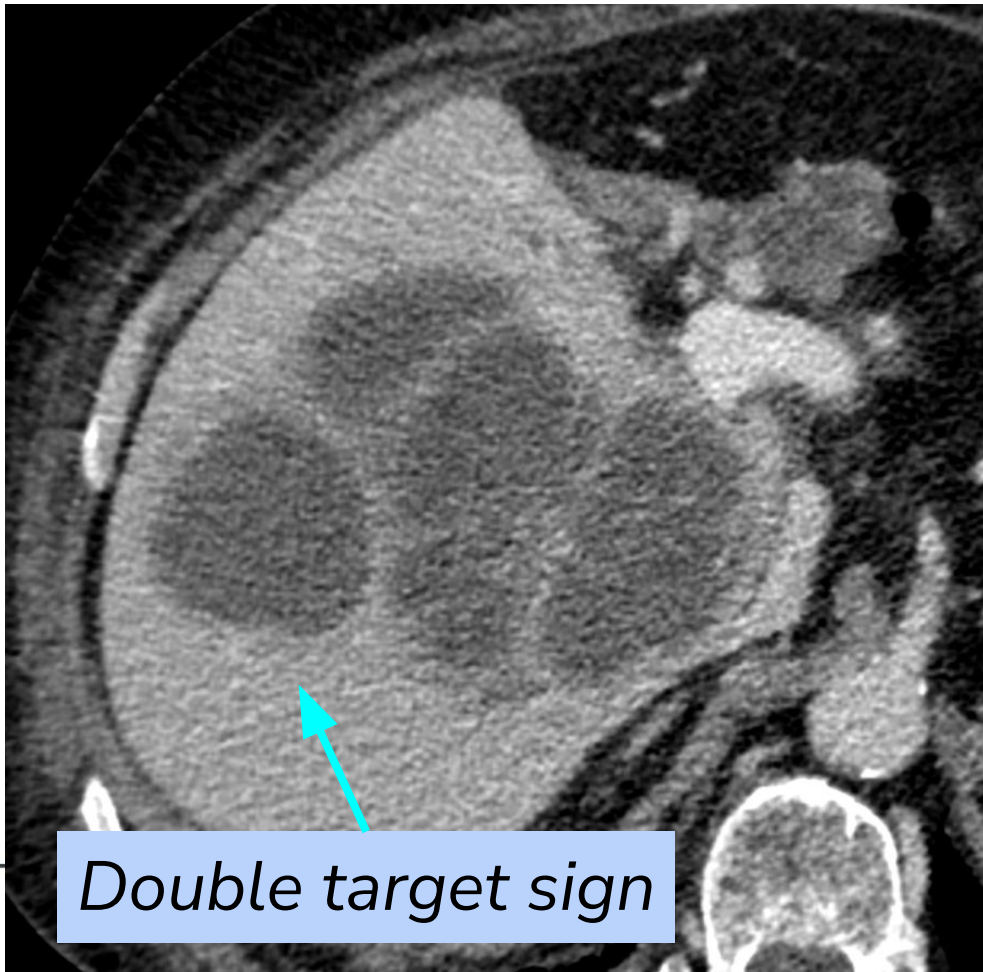


Hallazgos TC de los abscesos hepáticos y esplénicos

- Colecciones líquidas mal delimitadas en el espesor del parénquima hepático o esplénico con o sin aire en su interior.
- Realce periférico o hipoatenuación central.
- ***Double target sign*** en el absceso hepático: centro hipodenso con un borde interno de alta atenuación y un borde externo de baja atenuación.



Hallazgos TC de los abscesos hepáticos y esplénicos



Diagnósticos diferenciales de los abscesos hepático y esplénico

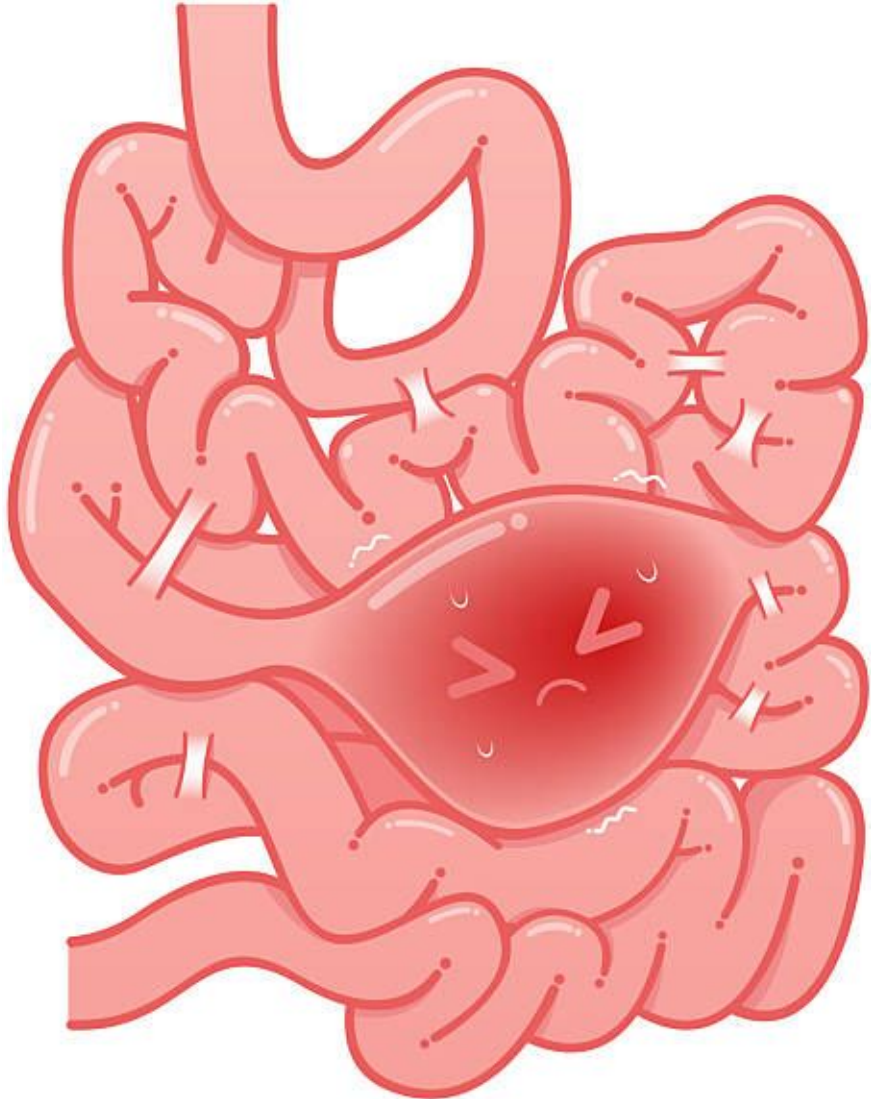
Quistes



Tumores



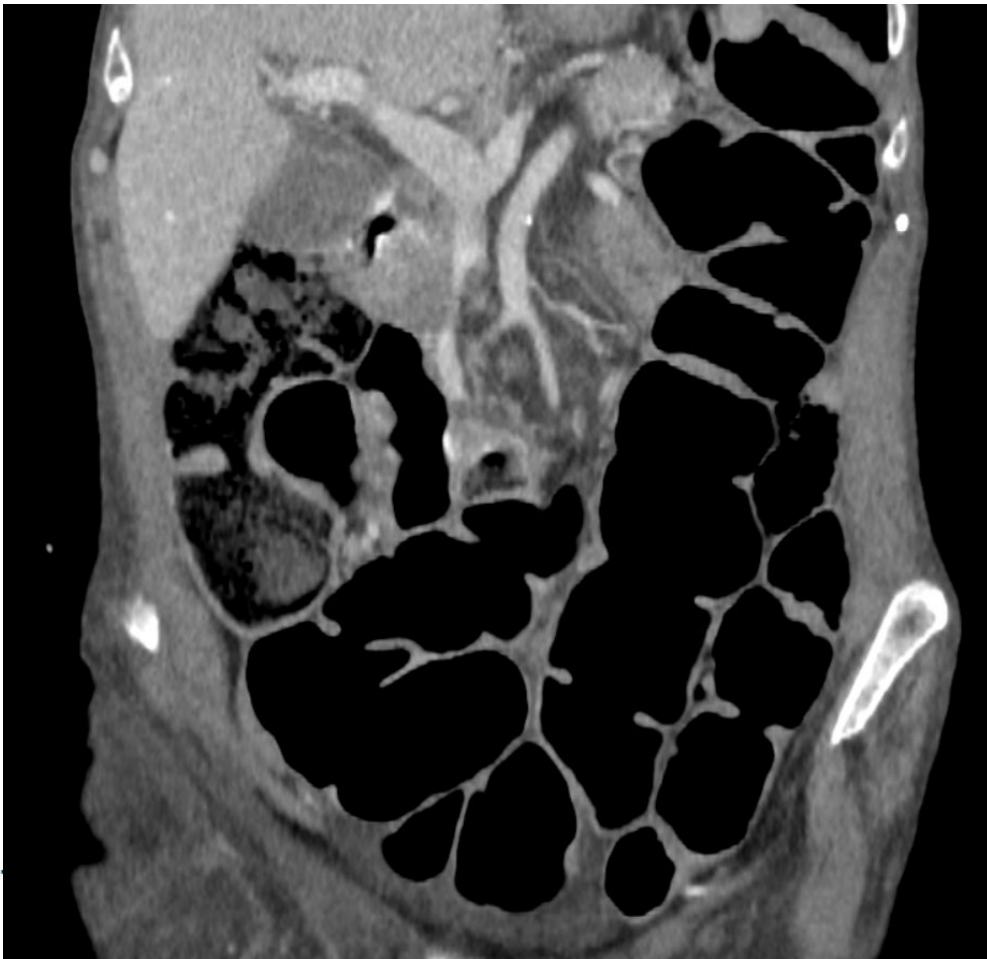
Angiosarcoma esplénico



Pseudoobstrucción diabética por enteropatía autonómica

La DM puede comprometer la vía neuromuscular que condicionaría la inhibición de la actividad intestinal y, con ello, la ausencia de peristaltismo.

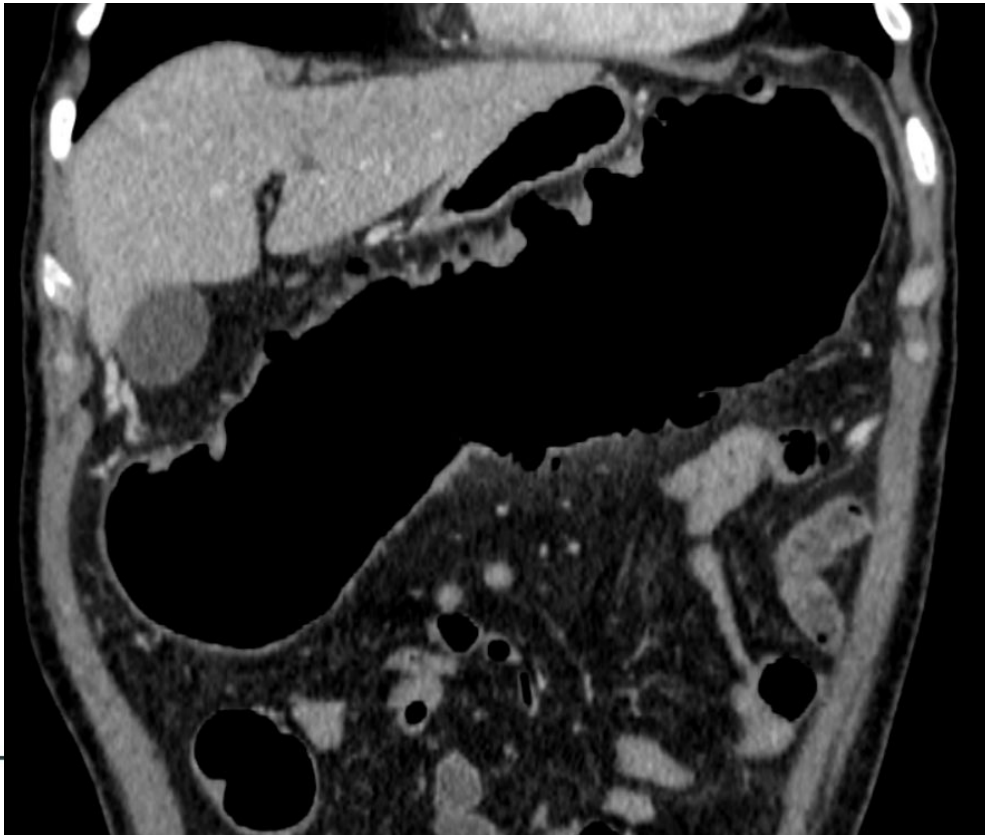
Hallazgos TC de la pseudoobstrucción por enteropatía autonómica



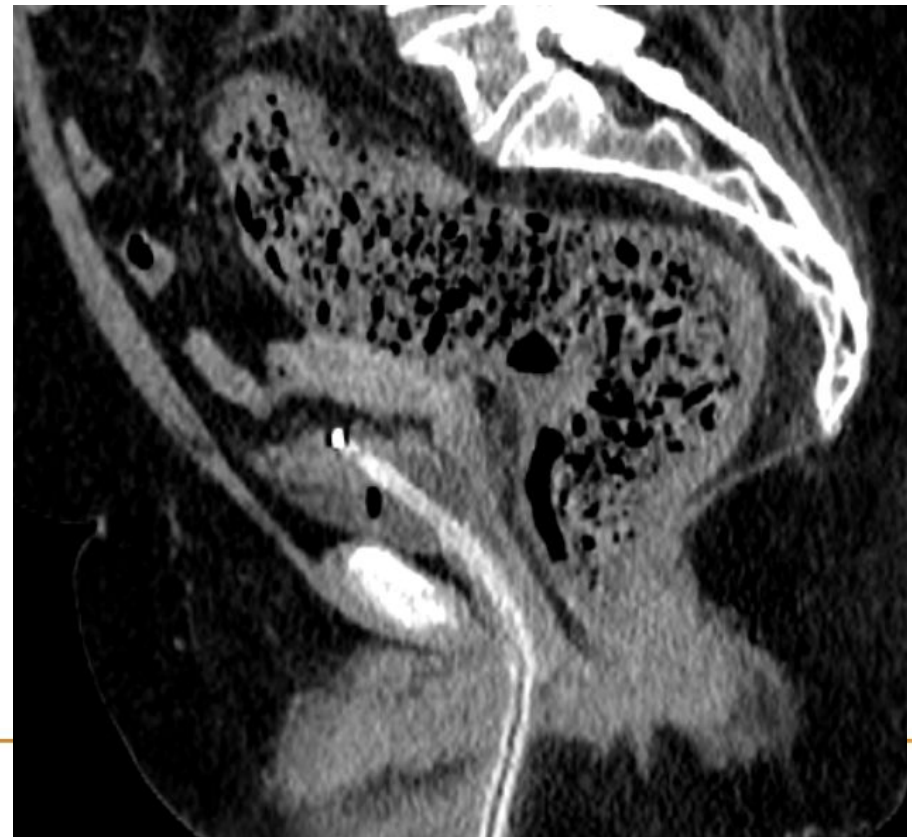
- Dilatación difusa de asas intestinales sin evidencia de causa mecánica.

Diagnósticos diferenciales de la pseudoobstrucción por enteropatía autonómica

Megacolon tóxico

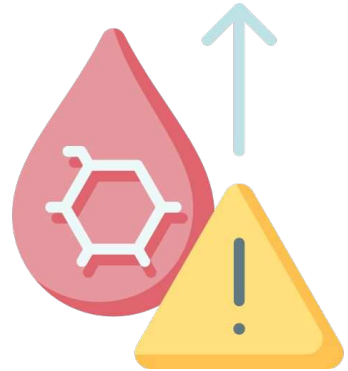
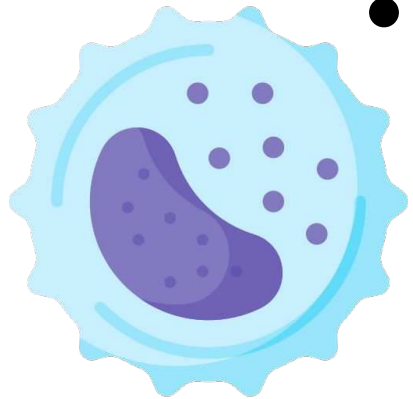


Impactación fecal



Paciente diabético ¿qué hago?

- Ante un paciente diabético en urgencias, el radiólogo debe mantener una actitud proactiva y un **alto índice de sospecha**.
- Los datos analíticos ayudan a orientar la sospecha diagnóstica:
 - **Hiperglucemia.**
 - Leucocitosis, elevación de PCR o procalcitonina.
 - Alteración de la función renal.
 - Acidosis metabólica.
- Estos hallazgos pueden sugerir **infección complicada o sepsis** incluso con clínica poco llamativa.



Conclusiones

- El paciente diabético con **dolor abdominal inespecífico** puede presentar patologías **graves y poco comunes**.
 - El conocimiento de estas entidades y de sus manifestaciones **radiológicas** permite al radiólogo sospecharlas incluso ante **signos mínimos**, favoreciendo un **diagnóstico precoz** y reduciendo la **morbimortalidad** asociada.
-

Referencias

1. Pectasides M, Kalva SP. Diabetes revealed: multisystem danger. *AJR Am J Roentgenol*. 2011;196(2):274–86.
 2. Panda A, Kayali M, Aswani Y. Emphysematous conditions of the abdomen and pelvis: pearls and pitfalls. *Abdom Radiol (NY)*. 2026;51(1):483–512.
 3. Nepal P, Ojili V, Kaur N, Tirumani SH, Nagar A. Gas where it shouldn't be! Imaging spectrum of emphysematous infections in the abdomen and pelvis. *AJR Am J Roentgenol*. 2021;216(3):812–23.
 4. Grayson DE, Abbott RM, Levy AD, Sherman PM. Emphysematous infections of the abdomen and pelvis: a pictorial review. *Radiographics*. 2002;22(3):543–61.
 5. Ahmad K, Farooq AH, Muneer A, Gohar A, Gonzalez M. Non-occlusive acute mesenteric ischemia in an adult male patient with diabetic ketoacidosis. *Cureus*. 2025;17(9):e91707.
-