

## ISQUEMIA INTESTINAL

La isquemia intestinal es la consecuencia de una interrupción o una disminución del aporte sanguíneo al intestino. Puede afectar tanto al intestino delgado como al colon, ser segmentaria o difusa, y puede ser desde un cuadro leve y transitorio con afectación mural parcial hasta ser grave con infarto transmural de la pared intestinal<sup>1,2</sup>.

Clínicamente se pueden diferenciar varias formas, incluyendo la isquemia mesentérica aguda, la isquemia intestinal crónica y la colitis isquémica, cada una de estas formas de isquemia intestinal con una presentación clínica, planteamiento diagnóstico, tratamiento y pronóstico diferentes.

**La isquemia mesentérica aguda (IMA)** se debe en la mayoría de los casos (70%) a trombosis o embolia de la AMS, en el 10% a trombosis venosa y en el 20% a causas no oclusivas<sup>2</sup>. Afecta al intestino delgado de forma aislada o con isquemia del colon derecho. Suele presentarse con dolor abdominal súbito e intenso, que persiste 2-3 horas, desproporcionado si se compara con la exploración física. Cualquier paciente con esta clínica, sin otro proceso que la justifique, debe ser evaluado y tratado como una IMA, ya que el diagnóstico temprano antes del infarto intestinal es el factor más importante para disminuir su alta mortalidad (59-93%)<sup>1</sup>.

En caso de sospecha clínica de IMA y signos de peritonismo algunos autores recomiendan una laparotomía urgente. En los demás casos la técnica de imagen de elección es la TC multicorte, ya que los hallazgos tanto de la radiografía simple como de la ecografía suelen ser inespecíficos. La sensibilidad de la angio-TC bifásica (fases arterial y venosa) es similar a la angiografía en cuanto a la visualización de oclusiones y estenosis vasculares, con la ventaja de poder evaluar además los cambios secundarios de la isquemia y poder descartar otras causas de dolor abdominal. Son factores de buen pronóstico en la TC la trombosis venosa y la repermeabilización de los vasos distales a la oclusión. La angiografía convencional estaría indicada sólo para tratamiento de los casos no oclusivos.

**La colitis isquémica (CI)** es la forma más frecuente de isquemia intestinal, aunque en la práctica diaria está infradiagnosticada porque muchos pacientes tienen cuadros leves y no buscan ayuda médica<sup>1</sup>. Se presenta en personas de edad avanzada y la clínica típica es dolor abdominal leve o moderado, súbito y de tipo cólico, acompañado o no de diarrea y rectorragias. Aunque puede deberse a causas oclusivas, la mayoría de los casos se deben a situaciones de bajo flujo (*shock*, insuficiencia cardíaca, deshidratación, fármacos vasoconstrictores, etc.). Al contrario que la IMA, la mayoría de los casos son leves y transitorios, resolviéndose espontáneamente.

La ecografía es muy sensible para detectar de forma precoz los cambios en la pared del colon secundarios a la isquemia, y para descartar otras causas de dolor abdominal<sup>3</sup>. En un contexto clínico adecuado se debe sospechar CI ante un engrosamiento concéntrico de la pared de un segmento de más de 10 cm del colon izquierdo (especialmente ángulo esplénico, colon descendente o sigma), con flujo Doppler color débil o ausente (figura 1a). La TC también permite detectar los cambios murales

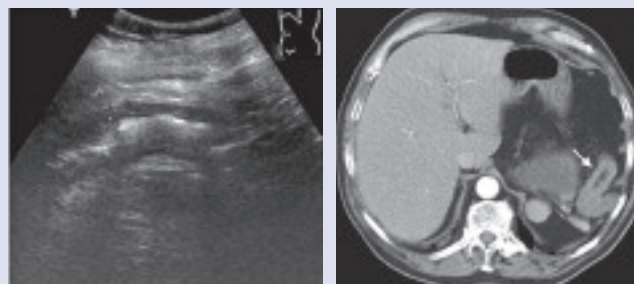


Figura 1. Colitis isquémica. a) Corte ecográfico longitudinal de hipocondrio izquierdo que muestra engrosamiento concéntrico de la pared del ángulo esplénico del colon. b) Imagen de TC correspondiente mostrando los mismos hallazgos. La localización más frecuente de la CI es el ángulo esplénico en continuidad con tramos de longitud variable de colon trasverso y/o colon descendente

del colon, aunque se desconoce su sensibilidad exacta (figura 1b). Los hallazgos de ambas técnicas son, sin embargo, inespecíficos, por lo que en caso de sospecha debe sugerirse el diagnóstico de CI, el cual debe ser confirmado con colonoscopia.

**La isquemia intestinal crónica (IMC)** o angina intestinal es una forma infrecuente de isquemia que se manifiesta en forma de dolor abdominal transitorio postprandial recidivante (1). La estenosis por arteriosclerosis de los vasos mesentéricos es la causa más frecuente. Su diagnóstico se basa en la clínica, la estenosis severa u obstrucción de al menos dos de los tres vasos mesentéricos y la buena respuesta a la revascularización. La ecografía dúplex Doppler y la RM con gadolinio son técnicas adecuadas para detectar estenosis proximales del tronco celíaco y de la arteria mesentérica superior. Sin embargo, tienen problemas para evaluar la arteria mesentérica inferior y las ramas distales. La TC multicorte visualiza los vasos mesentéricos y las ramas distales con resultados similares a la angiografía convencional, técnica que debe reservarse para los casos en que sea necesario realizar tratamientos endovasculares (dilataciones o endoprótesis)<sup>4</sup>.

### Bibliografía

1. Brandt LJ, Boley SJ. AGA technical review on intestinal ischemia. *Gastroenterology* 2000; 118: 954-968.
2. Wiesner W, Khurana B, Ji H, Ros PR. CT of acute bowel ischemia. *Radiology* 2003; 226: 635-650.
3. Ripollés T, Simó L, Martínez MJ, Pastor R, Igual A, López A. Sonographic findings in ischemic colitis in 58 patients. *AJR* 2005; 184: 777-785.
4. Cademartiri F, Raaijmakers RHL, Kuiper JW, van Dijk LC, Pattynama PMT, Krestin GP. Multi-detector row CT angiography in patients with abdominal angina. *Radiographics* 2004; 24: 969-984.

Tomás Ripollés y María Jesús Martínez  
Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia  
ripolles\_tom@gva.es

### TC Y RM DE LA ISQUEMIA INTESTINAL

La isquemia mesentérica aguda (IMA) supone un 1% de los cuadros de abdomen agudo<sup>1</sup>, con una mortalidad del 60-90%<sup>2</sup>.

El método diagnóstico de referencia es la arteriografía<sup>3</sup>. No obstante, este planteamiento ha ido cambiando desde la incorporación a la práctica clínica habitual de la TC helicoidal, una técnica disponible y rápida que en no pocas ocasiones permite establecer el diagnóstico de IMA y al mismo tiempo descartar otras causas de abdomen agudo. La sensibilidad de la TC para IMA se estimó inicialmente en el 64%, con una especificidad del 92%<sup>4</sup>. Sin embargo, estas cifras han mejorado notablemente con los TC multidetector, que permiten realizar estudios angiográficos multifásicos de gran calidad, aumentando la sensibilidad hasta el 96%<sup>5</sup>.

La RM ha demostrado, en modelos animales, en voluntarios sanos y en pacientes con isquemia crónica, la posibilidad de realizar un estudio morfológico y funcional del tracto digestivo y de los vasos mesentéricos<sup>6</sup>. No obstante, su utilidad actual en el diagnóstico de IMA es escasa a causa de sus limitaciones, en especial la falta de disponibilidad y el largo tiempo de exploración que requiere.

#### Técnica

Los estudios han de realizarse con contraste intravenoso, en dosis de 120-140 mL, con caudal de 3-4 mL/s<sup>1,2,5</sup> que garantice una correcta opacificación de los vasos mesentéricos en fase arterial (cuyo retraso varía, según los autores, de 25 a 40 segundos<sup>5,2</sup>) y portal (60 segundos)<sup>1,2,5</sup>. No es aconsejable administrar contraste oral radiopaco, ya que puede enmascarar cambios en los valores de la atenuación de la mucosa intestinal, motivo por el cual únicamente ha de administrarse agua para conseguir una buena distensión de las asas<sup>2,5</sup>. El espesor de corte óptimo varía: 0,75-2,5 mm con espesor de reconstrucción de 1-2,5 mm y factor de paso de 1-1,75<sup>2</sup>. Pueden utilizarse una colimación y espesor de reconstrucción algo mayores en las imágenes portales. En los equipos de detector único se propone el empleo de un espesor de corte de 5 mm, con reconstrucción de 2,5-5 mm y factor de paso de 1,5<sup>1,2</sup>. Las imágenes axiales obtenidas deben examinarse con la ventana adecuada (partes blandas y pulmón)<sup>2</sup>, y han de realizarse reconstrucciones mutiplanares y volumétricas<sup>1</sup>, muy útiles en la evaluación de los vasos mesentéricos.

#### Hallazgos radiológicos

Los hallazgos en la TC dependerán de la etiología, la extensión y la gravedad de la IMA<sup>1</sup>; su frecuencia de aparición se resume en la tabla 1.

Si el cuadro se debe a una oclusión vascular, hasta en un 60% de los casos, se podrá identificar en la arteria o la vena implicadas el defecto de repleción correspondiente al trombo o émbolo<sup>2</sup>. Además, la TC es muy útil en la valoración de las asas afectadas, y los hallazgos en la imagen reflejan la gravedad del daño histológico. Cuando la etiología del cuadro es la obstrucción arterial, la respuesta inicial es la vasodilatación reversible del lecho esplácnico, que en la TC se manifiesta como un aumento de la atenuación de la pared de las asas intestinales, visible tanto en fase arterial como venosa. Si la obstrucción persiste, se producirá una vasoconstricción, que en la TC condicionará una ausencia del realce de las asas. El aumento de la permeabilidad capilar se mostrará como engrosamiento y edema mural, y la disminución de la peristalsis como dilatación de las asas.

Tabla 1.

Hallazgo en la TC	Frecuencia (%)
Engrosamiento parietal	26-96
Dilatación de asas y/o niveles hidroaéreos	56-91
Aumento de la atenuación y estriación del mesenterio	68-88
Ascitis	20-73
Ausencia de realce del asa intestinal	18-62
Hipoatenuación del asa intestinal	61
Aumento de realce del asa intestinal	33-51
Neumatosis intestinal	6-42
Gas portomesentérico	3-36
Gas libre	6-20
Oclusión de la arteria mesentérica superior	18
Oclusión de la vena mesentérica superior	15

Si la IMA se debe a una obstrucción venosa, se producirá un estasis venoso, que en la TC se traduce en un engrosamiento más marcado de la pared del asa afectada, que puede presentar aspecto de «diana» por el edema submucoso. El engrosamiento mural es el hallazgo más común en la IMA<sup>1</sup>. No son infrecuentes la ingurgitación de los vasos mesentéricos y el aumento difuso de la atenuación de la grasa mesentérica como manifestación del edema. En esta fase a veces también es posible observar un aumento de la atenuación de la mucosa en el estudio basal, que indica la presencia de hemorragia.

Si no se instaura el tratamiento, la isquemia del asa progresa hacia la necrosis irreversible. Se puede identificar en la TC como neumatosis intestinal, es decir, gas en el espesor de la pared del asa necrótica. Si progresa el infarto, se observará también neumatosis en los vasos mesentéricos y en la porta, y por último, gas extraluminal.

La mayoría de los hallazgos descritos para la TC (defectos de repleción de los vasos mesentéricos, aumento o ausencia de realce de las asas, engrosamiento mural, dilatación de asas) se encontrarían también realizando una RM a un paciente con IMA<sup>7</sup>.

#### Bibliografía

1. Wiesner W, Khurana B, Ji H, Ros PR. CT of acute bowel ischemia. *Radiology*. 2003; 226: 635-650.
2. Angelelli G, Scardapane A, Memeo M, Ianora AAS, Rotondo A. Acute bowel ischemia: CT findings. *Eur J Radiol*. 2004; 50: 37-47.
3. Yasuhara H. Acute mesenteric ischemia: the challenge of gastroenterology. *Surg Today*. 2005; 35: 185-195.
4. Taourel PG, Deneuille M, Pradel JA, Regent D, Bruel JM. Acute mesenteric ischemia: diagnosis with contrast-enhanced CT. *Radiology*. 1996; 199: 632-636.
5. Kirkpatrick IDC, Kroeker MA, Greenberg HM. Biphasic CT with mesenteric CT angiography in the evaluation of acute mesenteric ischemia: initial experience. *Radiology*. 2003; 229: 91-98.
6. Van Beers BE, Danse E, Hammer F, Goffette P. Imagerie des ischémies intestinales. *J Radiol*. 2004; 85: 533-538.
7. Rha SE, Ha HK, Lee SH, Kim JH, Kim JK, Kim JH, et al. CT and MR imaging of bowel ischemia from various primary causes. *Radiographics*. 2000; 20: 29-42.

**María José Ciudad Fernández, María Natividad Gómez Ruiz, Lucía Graña López**

Hospital Clínico «San Carlos», Madrid. mariajcf@yahoo.es

### ANGIOGRAFÍA INTESTINAL. TÉCNICA CLÁSICA CON TC

La TC desempeña un papel importante en el diagnóstico de la hemorragia y la isquemia intestinal así como de las neoplasias intestinales. Permite un examen detallado de la vascularización intestinal y de la propia pared intestinal. Las mejoras tanto en la tecnología del escáner como informática y de los medios de contraste han mejorado de manera marcada la calidad de la imagen y suponen una gran expansión del papel de la TC. Como resultado, la TC-angiografía está desempeñando un papel cada vez más importante en la valoración de estos pacientes.

#### Técnica de escáner

Estudio del diafragma hasta la sínfisis del pubis, con contraste. Sin embargo, cuando la indicación clínica lo requiere, como la sospecha del sangrado intestinal, hay que hacer un estudio sin contraste para descartar puntos de alta densidad que sugiera sangrado en la pared intestinal.

Es necesario un estudio de doble fase (arterial y portal) para visualizar tanto las arterias como los vasos venosos mesentéricos. La fase arterial empieza unos 25 segundos después del comienzo de la inyección de contraste intravenoso y la fase venosa alrededor de 60 segundos después del inicio de la inyección de un medio de contraste no iónico, generalmente 120 mL con una concentración de 300 mg/mL inyectado a una velocidad de 3 a 5 mL/s a través de una vía periférica.

Para examinar el intestino delgado el grosor del corte elegido depende de la configuración de detectores del escáner. Con una configuración de  $64 \times 0,6$  creamos imágenes gruesas de 5 mm reconstruidas con un intervalo de 5 mm para enviar al archivo definitivo. Realizamos otro set de imágenes de 1mm con un intervalo de reconstrucción de 0,7 para los estudios tridimensionales. Estas imágenes de 1 mL se envían a un archivo temporal y a la estación de trabajo para obtener imágenes de *volume rendering* y MIP que una vez realizadas, serán enviadas también al archivo definitivo.

El estudio vascular comprende imágenes en los planos axiales, sagitales y coronales. Las imágenes sagitales muestran el origen del tronco celiaco y de la arteria mesentérica superior. Es frecuente que la enfermedad arteriosclerótica ocurra en el origen por lo que es importante examinar esta área con cuidado. Los planos coronales y coronales oblicuos muestran las ramas de la arteria mesentérica superior incluyendo las yeyunales, las ileales, la íleo-cólica y la arteria cólica derecha.

En un estudio completo es importante examinar los planos en 3D y realizar reconstrucciones de *volume rendering*. La arteria mesentérica inferior es en ocasiones poco visible en imágenes axiales. En imágenes sagitales puede verse con propiedad la arteria mesentérica inferior y su extensión hacia la pelvis donde se bifurca dando las ramas hemorroidales. Una imagen coronal oblicua y las imágenes coronales en MIP muestran con mayor propiedad las ramas terminales de los vasos que alimentan la superficie del intestino. Es también posible documentar las variantes anatómicas, aspecto de particular interés en pacientes con isquemia mesentérica que requieren una cirugía correctiva. Ejemplos de variantes anatómicas típicas son un origen común del tronco celiaco y de la arteria mesentérica superior,

una arteria hepática derecha accesoria o aberrante o las variantes de la arteria gástrica izquierda.

Las venas mesentéricas pueden estudiarse fácilmente con un estudio coronal oblicuo que muestra las venas porta, esplénica y mesentérica en su confluencia.

#### Angiografía convencional

La angiografía denominada como «convencional», y realizada con la colocación de un catéter en la arteria que se va a estudiar, es, para muchos especialistas, la «regla dorada» en el diagnóstico de la patología vascular mesentérica. Sin embargo, es una técnica agresiva, no exenta de complicaciones y que requiere un entrenamiento avanzado en las técnicas de cateterización vascular y diagnóstico angiográfico. Además, sus resultados pueden verse influidos o muy alterados por factores tan diversos como el movimiento del paciente o el propio peristaltismo intestinal.

Los motivos por los que se realiza una arteriografía mesentérica serán, básicamente, dos: la necesidad de obtener un diagnóstico preciso de una lesión vascular y el manejo terapéutico endovascular de la lesión. Las indicaciones clínicas más habituales serán la sospecha de hemorragia de origen gastrointestinal o la isquemia mesentérica.

La detección angiográfica de una lesión sangrante está basada en la obtención de signos directos (visualización de una fuga de contraste) y/o de signos indirectos (p. ej., presencia de vasos tumorales). Para detectar una fuga de contraste (*signo directo*) es necesario que el paciente esté sangrando en el momento de la exploración. La cantidad de sangrado que se precisa para poder ser detectado es muy variable, en función de la realización de la arteriografía de forma más o menos selectiva (colocando el extremo del catéter más o menos próximo al lugar en el que se sospecha clínicamente que está la fuga), la inyección de una cantidad escasa de contraste o la presencia de espasmo vascular entre otras. En cualquier caso y con la mejor de las técnicas, el sangrado deberá de ser superior a 0,3-0,5 mL/min (32). Con el fin de aumentar la sensibilidad de la técnica se pueden realizar diferentes estrategias:

- Eliminar los artefactos producidos por el peristaltismo intestinal mediante la administración intrarterial directa de 20 mg de n-butilbromuro de hioscina (*Buscapina*).
- Emplear contrastes intravacuulares de baja viscosidad como el CO<sub>2</sub>.
- Otra posibilidad es «inducir» la aparición de la hemorragia. El sangrado puede provocarse con estimulación mecánica (con guías y catéteres) o con el empleo de fármacos. Se ha descrito el uso de urocinasa (50-100.000 UI), tolazolina (25-200 mg), heparina (3-10.000 UI i.v.) y tPA (10-50 mg i.a.).

Los signos indirectos que orientan hacia el origen del sangrado son muy variables y se derivan de la detección de lesiones tan evidentes como malformaciones vasculares o aneurismas.

Isabel Vivas Pérez y José Ignacio Bilbao Jaureguizar  
Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona  
jibilbao@unav.es

## NEUMATOSIS INTESTINAL

La neumatosis intestinal se define como la presencia de aire en la pared intestinal<sup>1</sup>. Es un signo radiológico que puede tener múltiples causas (tabla 1).

La neumatosis intestinal puede afectar al esófago, al estómago, al intestino delgado, al colon o a todos ellos, siendo las localizaciones más frecuentes el intestino delgado y el colon.

El aire intramural intestinal puede pasar a las pequeñas venas de drenaje mesentéricas y de aquí al eje mesentérico-portal y a los pequeños radicales portales periféricos del hígado, lo que se conoce como aire mesentérico-portal<sup>3</sup>.

La neumatosis intestinal puede detectarse por radiografía simple, pero requiere la presencia de cantidades importantes de aire en la pared. La TC permite apreciar cantidades mucho más pequeñas de aire mural intestinal, habiéndose descrito dos patrones radiológicos de aire intestinal intramural: el *bubblelike*, o en burbujas, y el *bandlike*, o lineal<sup>2</sup>.

Existen cuatro factores que predisponen a la aparición de neumatosis intestinal: la necrosis intestinal, la disrupción de la mucosa intestinal, el aumento de la permeabilidad de la mucosa intestinal y las enfermedades pulmonares (tabla 1)<sup>2</sup>.

**Tabla 1. Clasificación por patologías de la neumatosis intestinal**

### 1. Necrosis intestinal

Enterocolitis necrotizante	Sepsis
Isquemia e infarto	Gastritis enfisematosa
Colitis neutropénica	Ingestión de cáusticos

### 2. Disrupción de la mucosa intestinal

Úlcera péptica	Íleo paralítico u obstructivo
Cirugía	Colonoscopia
Traumatismo abdominal	Yatrogenia
Colitis ulcerosa	Enfermedad de Crohn
Enfermedad de Hirschsprung	Tubo de yeyunostomía

### 3. Aumento de la permeabilidad de la mucosa intestinal

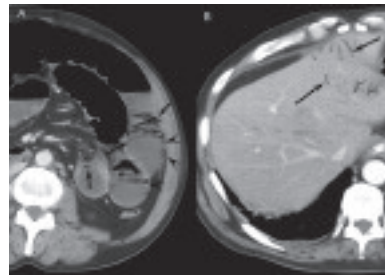
Inmunoterapia	Corticoterapia
Quimioterapia	Enfermedades del tejido conjuntivo
Enterocolitis por SIDA	Enteropatía por <i>by-pass</i> intestinal

### 4. Enfermedades pulmonares

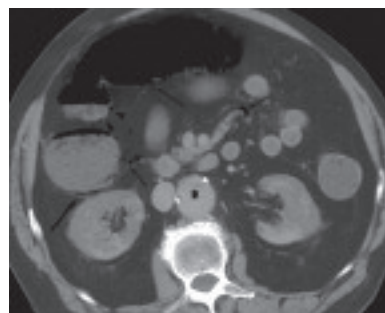
Asma	Fibrosis quística
EPOC	Trauma torácico

En el pasado, la presencia de aire en la pared intestinal se asociaba únicamente a isquemia mesentérica y se consideraba un signo de mal pronóstico<sup>4</sup>. Actualmente se sabe que no sólo puede deberse a otras múltiples causas<sup>1,3</sup>, sino que, si se da en el marco clínico de isquemia mesentérica, no constituye en sí mismo un signo de mal pronóstico, en especial si aparece de forma localizada<sup>2,5</sup>.

La isquemia mesentérica se manifiesta por TC con un espectro de signos radiológicos que incluyen: dilatación intestinal, engrosamiento mural, patrón mural de captación en diana, edema mesentérico, hemorragia mural o mesentérica, ascitis, neumoperitoneo,



**Caso 1. Neumatosis intestinal secundaria a íleo paralítico**  
Figura 1a. TC con contraste que muestra dilatación intestinal y aire intramural con patrón lineal (flecha larga) y en burbujas (flecha corta)  
Figura 1b. TC con contraste que muestra aire en los radicales portales periféricos (flechas)



**Caso 2. Neumatosis intestinal secundaria a isquemia mesentérica.** La TC con contraste demuestra la presencia de aire intramural en patrón lineal (flecha larga) y en burbujas (flecha corta), con paso de aire a pequeñas venas mesentéricas y a vena mesentérica superior (flechas finas)

trombosis mesentérica arterial o venosa, aire venoso mesentérico-portal e infartos viscerales<sup>6</sup>. La neumatosis intestinal asociada a isquemia mesentérica no indica necrosis transmural (intestino no viable), sino que puede aparecer en casos que presenten únicamente isquemia mural parcial (intestino viable), como se ha demostrado en artículos recientes<sup>2,5</sup>. Los pacientes con isquemia intestinal y aire mesentérico-portal asociado sí que parecen tener con mayor frecuencia necrosis transmural intestinal, que requerirá tratamiento quirúrgico inmediato.

En ocasiones puede resultar difícil diferenciar la presencia de aire intramural intestinal del aire atrapado entre pliegues intestinales. En estos casos, la movilización del paciente con obtención de imágenes en decúbito lateral o prono puede ser de utilidad para diferenciarlos.

### Bibliografía

- Pear BL. Pneumatosis intestinalis: a review. *Radiology*. 1998; 207:13-19.
- Wiesner W, et al. Pneumatosis intestinalis and portomesenteric venous gas in intestinal ischemia: correlation of CT findings with severity of ischemia and clinical outcome. *AJR*. 2001; 177: 1.319-1.323.
- Sebastià C, et al. Portomesenteric vein gas: pathologic mechanisms, CT findings and prognosis. *Radiographics*. 2000; 20: 1.213-1.224.
- Kelvin FM, et al. Computed tomography of pneumatosis intestinalis. *J Comput Assist Tomogr*. 1984; 8: 276-280.
- Kernagis LY, et al. Portomesenteric vein gas in patients with ischemia: correlation of CT findings with viability of the bowel. *AJR*. 2003; 180: 733-736.
- Wiesner W, et al. CT of acute bowel ischemia. *Radiology*. 2003; 226: 635-650.

**Carmen Sebastià Cerqueda y Sergi Quiroga Gómez**  
Hospital General Universitari «Vall d'Hebron», Barcelona  
mcsebastia@vhebron.net



Estimados amigos y compañeros:

El VI Congreso Nacional de la SEDIA estuvo dedicado a la patología biliopancreática en el Auditorio III del Palacio de Congresos de Valencia los días 6 y 7 de noviembre. El Congreso estaba acreditado por la SERAM (10.5 créditos), el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM, 1.7 créditos equivalentes a 11 horas lectivas) y la «European Accreditation Council for CME» de la UEMS.

El éxito del VI Congreso se debe a los asistentes y ponentes, pero ha sido responsabilidad del Comité Organizador y Científico (Dra. Carmen Ayuso, Dr. Francisco Tardáguila Montero, Dr. Luis Martí-Bonmatí, Dr. José Vilar Sampere y Dr. Josep M.<sup>o</sup> Monill Serra) la estructura y la selección de los temas. Creemos que esta nueva forma de diseñar nuestra reunión principal (con guías técnicas, guías de uso clínico y charlas formativas) fomenta la calidad final percibida por los más de 200 asistentes. La industria cuenta también con la posibilidad de utilizar un tiempo como simposio sobre un tema relacionado con el congreso (Contraste hepatoespecífico en las vías biliares por el Dr. Christian Stroszczynski, con la colaboración de Schering). Los socios de la SEDIA colaboraron también con la presentación y exposición de sus trabajos en forma de comunicaciones.

En la Asamblea General se trataron otros temas más importantes para la Sociedad, que pasamos a detallar a continuación.

En este año se han completado las Guías de funcionamiento interno de todos los miembros de la Junta Directiva y la Secretaría de la SEDIA. También se ha adoptado un reglamento de elecciones para los puestos de la Junta que anualmente tengan que cubrirse. Se ha formado el Grupo Estratégico con la finalidad de asesorar a la Junta sobre las actuaciones más relevantes para que la sociedad no pierda protagonismo en el campo de la radiología abdominal. Esta estructura cuenta actualmente con los Dres. Ramiro Méndez, Javier Lafuente y Luis Martí-Bonmatí.

Los contactos con la ESUR se han intensificado. Aunque el próximo congreso será conjunto con la Society of Uroradiology (SUR) de EE.UU. en Florida, en el 2008 vuelven a Europa con un congreso en Múnich (del 11 al 14 de septiembre). Los radiólogos de la SEDIA que tengan una especial inclinación al sistema genitourinario pueden encontrar en esta fecha una excelente ocasión para establecer contactos y proyectos. Si quisieran que la SEDIA les facilite el contacto con la ESUR (solicitud de socio, participación en el programa científico) tienen que contactar con nuestra Secretaría por correo electrónico.

La ESGAR se reúne en Lisboa del 12 al 15 de junio del 2007. Esta es una excelente ocasión para colaborar científicamente con la ESGAR y conocer sus inquietudes. El programa científico está en su página web, con enlace a través de la nuestra. Todos los que queramos asistir tenemos que recordar que el programa científico tiene como fecha límite el 15 de enero del 2007 para el envío de comunicaciones.

La ESGAR continua con la organización de sus talleres sobre TC colonografía. Las próximas ediciones serán en Malmö (Suecia, 12-14 de septiembre, 2007) y en nuestro país (Vigo, abril 2008).

Nuestra revista Radiología Abdominal ya ha completado sus números en este año con este ejemplar (Tumores endocrinos, Fístula anorrectal, Isquemia intestinal). Para el 2007 se aumentará el contenido con 8 páginas, aumentando la extensión del apartado de Literatura al Día e incluyendo un apartado más de Imagen Comentada. Con la regularidad y la extensión de la revista se espera poder acceder pronto al Índice Médico Español.

El primer Taller de la SEDIA ha sido sobre Medios de Contraste Ecográficos. Los Dres. Antonio Talegón Meléndez, Tomás Ripollés, Joan Falcó y Jordi Puig han presentado durante todo un día (el día anterior al Congreso) todo un programa completísimo de las propiedades y la utilización de estos contrastes en el abdomen. Este taller ha contado con la colaboración de Bristol Myers Squibb y se ha valorado su eficacia con un sistema novedoso de encuesta pre-postaller.

En el 2007 es voluntad de la Junta seguir con el Taller de Contrastes Ecográficos y lanzar los Talleres de Reacciones Adversas al Contraste, Medios de Contraste Hepatobiliares y Angiografía abdominal.

La Página web de la SEDIA se ha actualizado con la supervisión de la Dra. Rafaela Soler. Desde aquí os animamos a que periódicamente la visitéis para acceder a todo su potencial formativo, científico y profesional.

Se entregó el Diploma de Miembro de Honor de la SEDIA al Dr. Celso Matos por su colaboración constante con la SEDIA y su excelente calidad profesional y humana. El primer Miembro de Honor no podía haber estado mejor elegido.

Como resultado de las votaciones a la Junta Directiva, ha sido elegido el Dr. Sergi Quiroga como nuevo miembro de la Junta. El Dr. Jordi Puig abandona la Junta pero no la SEDIA ni su colaboración con ella, gracias a la cual esta Sociedad es hoy en día un referente de calidad. Mil gracias, Jordi.

### RADIOLOGÍA ABDOMINAL

Boletín Informativo Oficial de la SEDIA

#### Editor:

Dr. Luis Martí-Bonmatí (Valencia)

#### Comité Editorial

Dr. Francisco Tardáguila Montero (Vigo)  
Dr. Jordi Puig Domingo (Sabadell)  
Dra. Rafaela Soler Fernández (A Coruña)  
Dr. Javier Lafuente Martínez (Madrid)  
Dr. Lluís Donoso Bach (Sabadell)

#### Editor Asistente:

David Moratal Pérez (Valencia)

#### Coordinadora Editorial:

Mercè Colomer

#### Diseño:

Climent Ambròs

©2006 LEN/MAYO INTERNATIONAL, S.A.

Aribau, 185-187, 2.º - 08021 Barcelona  
Tel.: 93 414 46 05 / Fax: 93 202 07 71  
Segre, 29, 1.º B - 28002 Madrid  
Tel.: 91 411 58 00 / Fax: 91 515 96 93

Depósito legal: B-21.554-04

ISSN: 1698-1049

Impresión: Press Line