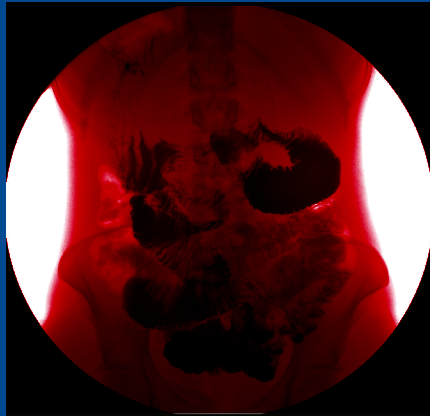
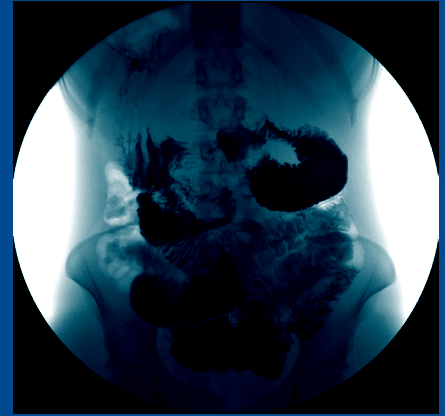
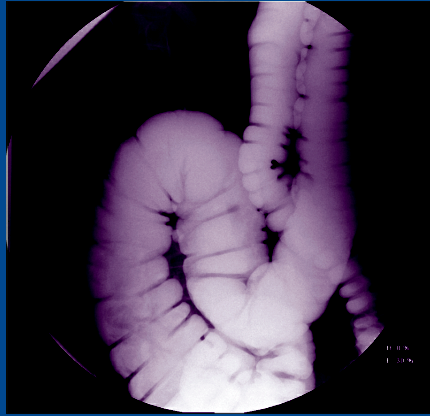
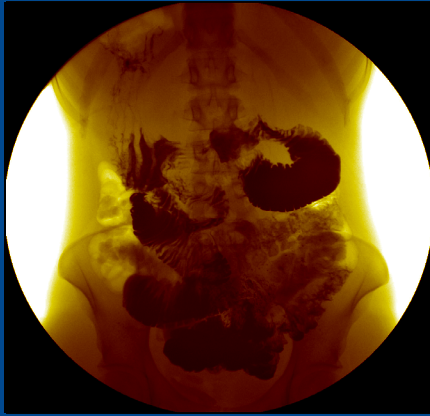


Radiología Abdominal

Revista Oficial de la

SEDIA

Volumen 13 • N.º 2 • 2013



13 Congreso de la Sociedad Española de Diagnóstico
por Imagen del Abdomen

AVANZANDO EN ONCOLOGÍA ABDOMINAL

PONENCIAS

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS ELECTRÓNICOS

Radiología Abdominal
Revista Oficial de la SEDIA

Editor

Dr. Luis Martí-Bonmatí
Valencia

Comité Editorial

Dr. Mario Pagés Llinás
(Formación)
Barcelona

Dra. Asunción Torregrosa Andrés
(Comunicación)
Valencia

Dra. Rosa Bouzas Sierra
(Presidente saliente)
Vigo

Editor Asistente

Ángel Alberich-Bayarri
Valencia

Edita:

Sociedad Española de Diagnóstico por Imagen del Abdomen (SEDIA)



Goya, 38 / 28001 Madrid
Tel. 902106026

Depósito legal: B-21.554-04
ISSN: 1698-1049
©2011 SEDIA

Todos los derechos reservados.
Se prohíbe la reproducción total o parcial de los artículos contenidos en este número sin la autorización previa y por escrito por parte de los titulares del copyright.

www.sedia.es

Editorial:

Estimados compañeros y amigos,

Bienvenidos a este nuevo número de nuestra revista. En esta ocasión Radiología Abdominal está dedicada al XIII congreso de la SEDIA que se celebra en Madrid los días 24 y 25 de octubre.

En este número de Radiología Abdominal se recopilan los resúmenes aceptados en el congreso que celebramos. Los asistentes al congreso podrán disfrutar de un programa muy variado y con excelente calidad. Hemos de destacar además que, al igual que el año pasado, en esta ocasión contaremos también con la presencia de profesores internacionales y científicos de reconocido prestigio en nuestra temática.

Con todos estos ingredientes, este nuevo número de nuestra revista está constituido por material de excelente calidad, para que podamos repasar y aprender los nuevos desarrollos de la imagen en la oncología abdominal. Debemos agradecer al Presidente de SEDIA, el Dr. Ramiro Méndez por su labor de coordinación en la organización del congreso, así como a los miembros del Comité Organizador por la preparación de un programa del máximo nivel educativo y científico.

Este acto es un reflejo fiel del proyecto estratégico de expansión que sigue la SEDIA, situándose en la punta de la lanza de la radiología abdominal Europea en íntima colaboración con la ESGAR, nuestra casa en Europa.

Os animamos a aprovechar al máximo estos dos días de reunión.

Ponencias:

13 Congreso de la Sociedad Española de Diagnóstico por Imagen del Abdomen

Avanzando en Oncología Abdominal

JUEVES 24 DE OCTUBRE

1er BLOQUE: HÍGADO

Lesiones focales hepáticas benignas

Javier Castell Monsalve. Hospital Virgen del Rocío, Sevilla

- Los THB pueden ser clasificados según su célula de origen en tumores de estirpe hepatocelular, colangiocelular o de origen mesenquimal.
- Su dco puede ser dificultoso cuando manifiestan hallazgos atípicos. El quiste hepático simple se manifiesta como una lesión líquida (serosa) sin realce en todas las pruebas de imagen. Los hamartomas biliares ,en ecografía se ven como pequeñas lesiones quísticas hiperecogénicas con reverberación. En TC y RM se comportan como los quistes simples. Puede verse un pequeño nódulo mural. El angiomiolipoma es hiperecogénico en ecografía con ligera sombra.. Muestran realce moderado. El lipoma ,tambien hiperecogénico,tiene buena transmisión. Escaso o nulo realce. En TC y RM se demuestra su componente graso. El Cistoadenoma biliar se manifiesta como una lesión quística con septos y capsula bien definida de contenido seroso o mucinoso. El hemangioma cavernoso es el tumor primario hepático más frecuente. En ecografía lesion focal de bordes lobulados, homogenea, hiperecogénica con refuerzo posterior. En TC hipodensa con realce temprano nodular periférico en anillo incompleto, con progresión centripeta, isodense al "pool vascular", con llenado tardío. Si son pequeños el realce puede ser completo e intenso en FA. Pueden tener áreas de trombosis, cicatriz. En RM hipo en T1, hiper en T2 con igual patrón de realce. Ligera restricción en difusión con valores altos de ADC. Son hallazgos atípicos: anillo hiperecogénico con zona central hipo, tamaño > de 6cm con heterogeneidad, llenado rápido,calcificaciones, realce retrasado (hialinización), aspecto quístico, crecimiento.

ADENOMA HEPATICO

- THB raros. Mas frecuentes en mujeres tomadoras de CO por mas de 2 años.
- Es un grupo heterogéneo de tumores caracterizados por anomalidades genéticas y patológicas específicas con diferente biología tumoral.
- La identificación de genes mutados y el análisis de correlación genotipo-fenotipo proporciona la base de una nueva clasificación patomolecular de estos tumores en diferentes subgrupos, con correlaciones clínicas.
- Se dividen en tres subtipos: adenoma inflamatorio, HNF (factor nuclear hepatocitario) 1alfa-mutado y beta-catenina mutado. Los AH sin anomalidades genéticas conocidas se agrupan como "inclasificables".
- Esta clasificación fenotipo-genotipo tiene importantes implicaciones en el manejo de los pacientes.
- Aunque para tipificar y clasificar correctamente un AH es necesario estudio histopatológico e inmunohistoquímico, los métodos de imagen juegan un papel importante en el diagnóstico, caracterización del subtipo, complicaciones y seguimiento.
- Globalmente los AH tienen un riesgo de degeneración del 5-10%. Los factores principales son: varón, enfermedad depósito

- glucogeno, uso anabolizantes, b-catenina positiva y > de 5 cm.
- La prueba de imagen de elección es la RM.

AH inflamatorio

- Es el subtipo mas frecuente (40-50%). Incluyen a la anteriormente llamada HNF telangiectásica.
- Mas frecuente en mujeres jóvenes tomadoras de CO y pacientes obesas. Pueden presentarse con SRIS y/o alteración de la bioquímica hepática.
- -Complicaciones: hemorragia con ruptura (en el 30%) y degeneración a CHC (10%).
- Sobreexpresión de 2 genes que codifican proteínas de la respuesta inflamatoria aguda: SAA2 (serum amyloid A2) y CRP (C reactive protein)
- Un porcentaje de AH presentan la mutación (activación) β -catenina, lo que les confiere riesgo de malignización a CHC.
- Macroscópicamente son heterogeneos, con áreas de congestión y hemorragia. Al microscopio muestran infiltrados inflamatorios polimorfocelulares, dilatación sinusoidal /peliosis marcada, congestión vascular y arterias de paredes gruesas. Puede haber reacción ductular y esteatosis (menos frecuente que en el subtipo HNF-1 α). En inmunohistoquímica muestran inmunorreactividad a los marcadores inflamatorios de fase aguda : amiloide sérico A y PCR.
- -ECO: con contraste muestran realce intenso en FA con llenado central, con anillo periférico persistente y lavado central en las fases tardías.
- -RM: alta señal en T2 con anillo periférico hiperintenso. Intenso realce en FA que persiste en FP y FE.
- -TC: presentan igual patrón de realce que en RM.

AH HNF-1 α mutado

- Es el 2º tipo mas frecuente (30-35%)
- 95% en mujeres. 90% con larga historia de toma de CO.
- En el 50% múltiples.
- Asintomáticos. Hallazgo casual.
- Mutación bialélica (90%) o 1 somática y otra germinal (10%) que inactiva el gen HNF1 α (codifica la proteína HNF 1 α factor de transcripción implicado en la diferenciación hepatocitaria). El Resultado final de estas mutaciones es la producción de una proteína HNF 1 α que no funciona, estimulando la lipogénesis por inactivación de la LFABP (liver fatty acid binding protein) que conduce a deposito graso en los hepatocitos y proliferación hepatocelular.
- Son el subtipo menos agresivo. Riesgo mínimo de sangrado y práctica ausencia de malignización.
- En el examen histopatológico se observa una marcada esteatosis. No hay inflamación ni anomalidades citológicas. En IH, ausencia de LFABP, que contrasta con la expresión normal en el hígado no tumoral.
- -RM: hiper-iso en T1 con caída de señal en FO.En T2 iso-ligeramente hiperintenso. C/C: Moderado realce en FA sin persistencia del realce en FP ni FE.
- -En eco con contraste son iso/ligeramente hipervasculares en FA con iso en fases venosas.

AH β -catenina mutados (activados)

- Constituyen el 10-15% de todos los AH. Se producen por mutaciones que activan el gen B-catenina, lo que induce proliferación celular incontrolada.

- Es el tipo más frecuente en varones.
- Relacionado con andrógenos, glicogenosis.
- Anormalidades citológicas con formación pseudoglandular, raramente esteatóticas.
- Subtipo con mayor riesgo de malignización.
- En el examen histopatológico muestran anomalías citológicas con elevado ratio núcleo-citoplasma, atipias nucleares, formación de acinos.
- difícil de distinguir del CHCbd.
- Sobreexpresión del gen GLUL.
- responsable de la fuerte positividad a la glutamina sintetasa (GS) en IH.
- No muestran patrón específico en RM: biopsia/ seguimiento estrecho.

AH inclasificables

- 10% de los AH. No se han encontrado anomalías genéticas ni patológicas específicas. No tienen patrón típico por imagen.

Adenomatosis hepática

- Se define como la presencia de > de 10 adenomas, sin historia de toma de esteroides ni enfermedad por depósito de glucógeno.
- Habitualmente en mujeres en la 4ª-5ª década. Se han propuesto factores causales como anomalías vasculares, mutaciones del gen HNF1- α y esteatosis hepática no alcohólica.
- Los AH pueden ser del tipo inflamatorio, HNF1- α mutado o b-catenina activado. El riesgo de sangrado y malignización viene determinado por el subtipo.

HNF

- Segundo en frecuencia tras el hemangioma.
- Respuesta hiperplásica a un aumento local del flujo sanguíneo secundario a una malformación arterial preexistente. El patrón histológico característico es una hiperplasia de hepatocitos normales separados por septos fibrosos que contienen vasos malformados y proliferación de conductillos biliares no conectados al árbol biliar con mayor cantidad de células de Kupffer que en el hígado normal e infiltrados inflamatorios.
- Única o múltiple. Más frecuente en mujeres jóvenes.
- En eco: iso-hipo. Intenso realce que se hace iso.
- CT: ligeramente hiper en basal. Realce en FA homogéneo e intenso. Iso en FE. Cicatriz hiper.
- RM: hipo-iso en T1. Ligeramente hiper-iso en T2. Realce en FA. Cicatriz realce tardío.
- 20% no clásicos: HNF con atipias citológicas y HNF mixta – adenomatosa e hiperplasia.
- Gd-BOPTA (97% sensible y 100% específico) para diferenciar HNF de adenoma. La HNF capta, el adenoma no. En la RM con ácido gadoxético (primovist) entre el 75-100% de los AH (según el subtipo) serán hipointensos en la fase hepatobiliar.

HALLAZGOS TÍPICOS EN RM:

- -Iso o hipo en T1. Iso o ligeramente hiper en T2. IS homogénea. Cicatriz hiper en T2.
- -Intenso realce en FA que se hace iso en FE. Cicatriz hiper en fase tardía
- -No capsula

HNF atípica

- -No se conoce su prevalencia. Se estima entre 8-63% en la literatura (diferentes criterios en el diagnóstico, sesgos en los pacientes estudiados...)
- Hallazgos atípicos más frecuentes:
 - -ausencia de cicatriz
 - -señal heterogénea en T1 y T2
 - -hiperintensidad en T1
 - -hipointensidad tardía en T1 tras contraste
 - -hipointensidad en T2
 - -realce heterogéneo
 - -anillo periférico simulando cápsula
 - -crecimiento entre exploraciones
 - -cicatriz hipo en T2

- **CONCLUSIONES:** Lesión hiperintensa en T1 o con ausencia de cicatriz, < de 3cm puede ser diagnosticada de HNF si el resto de características típicas están presentes. Se recomienda seguimiento por RM en lesiones > de 3cm sin cicatriz y en lesiones heterogéneas se recomienda biopsia.

Hiperplasia nodular regenerativa

- Nódulos de hiperplasia hepatocitaria sin fibrosis
- Asociada a HTTP, procesos linfocitarios y mieloproliferativos, autoinmunes, drogas y Budd-Chiari.
- CT: hipo basal, ligero realce que puede ser en anillo.
- RM: hipo-iso-hiper en T1 y T2, con realce en anillo.

Perlas semiológicas en el hígado cirrótico

Ángeles García Criado. Hospital Clínic de Barcelona

Los hallazgos radiológicos típicos de la cirrosis no son exclusivos de esta entidad. Hay otras enfermedades que pueden provocar cambios morfológicos muy similares en el hígado siendo a veces muy difícil establecer el diagnóstico diferencial. El criterio radiológico más específico de la cirrosis es la nodularidad del contorno hepático. Otros criterios radiológicos menos específicos son la heterogeneidad del parénquima hepático y cambios en la morfología hepática (fundamentalmente la asociación de atrofia del segmento 4 con hipertrofia del lóbulo caudado). Frecuentemente hay otros hallazgos asociados como áreas de fibrosis confluyente o fístulas arterio-venosas.

Las entidades que pueden imitar una cirrosis y con las que es necesario establecer el diagnóstico diferencial son principalmente la hipertensión portal idiopática, el síndrome de Budd-Chiari, la trombosis portal crónica, la pseudocirrosis de las metástasis hepáticas de mama tratadas con quimioterapia, la fibrosis hepática congénita y la hiperplasia nodular regenerativa. Todas estas entidades pueden mostrar hallazgos similares a la cirrosis pero algunas de ellas presentan características radiológicas propias, cuyo conocimiento facilita el diagnóstico diferencial.

Es de gran importancia distinguir la cirrosis de otras hepatopatías puesto que el manejo clínico y el pronóstico es diferente. Además, hay que tener en cuenta que el diagnóstico por imagen del carcinoma hepatocelular (captación arterial y "lavado" en fases tardías) sólo es posible si el hígado es cirrótico. El manejo de los nódulos hepáticos es muy diferente si estamos ante un hígado cirrótico o si se trata de otra hepatopatía. Un nódulo hipervascular en un paciente cirrótico es altamente sospechoso de malignidad, sin embargo, hay hepatopatías diferentes de la cirrosis como el síndrome de Budd-Chiari o la hipertensión portal idiopática que desarrollan con cierta frecuencia nódulos hipervasculares benignos denominados hiperplasia nodular focal like.

Colangiocarcinoma en el hígado cirrótico

Jordi Rimola Gibert. Hospital Clínic de Barcelona

Después del carcinoma hepatocelular (CHC), el colangiocarcinoma intrahepático (CCI) es la segunda neoplasia primaria maligna más frecuente en el hígado. La etiología de la CCI en la mayoría de los pacientes no se conoce, pero su incidencia está en aumento en todo el mundo tanto en pacientes cirróticos como no cirróticos. En los pacientes cirróticos, la diferenciación del CCI del CHC es crucial ya que presentan diferentes opciones terapéuticas y pronósticas. En pacientes cirróticos en momento del diagnóstico el CCI suele presentar un tamaño pequeño y la dificultando la diferenciación con el CHC mediante técnicas de imagen, pues

ambas pueden presentar algunos hallazgos similares, y el diagnóstico final se establece tras la biopsia de la lesión.

La resección quirúrgica completa sigue siendo la única opción potencialmente curativa para los pacientes con CCI, aunque la supervivencia a los 5 años sigue siendo baja. Aunque numerosos ensayos clínicos se han llevado a cabo utilizando diferentes regímenes de quimioterapia para tratar el CCI, las opciones sistémicas siguen siendo limitadas. Aunque la terapia locorregional puede incluir terapias intra-arteriales, radioterapia o ablación percutánea, la mayoría de los

Resultados publicados son limitados.

En esta ponencia revisaremos los hallazgos que pueden orientar al diagnóstico del CCI en pacientes cirróticos, las diferentes opciones terapéuticas existentes y su pronóstico.

2o BLOQUE: CÁNCER DE RECTO

Cáncer de tercio inferior de recto. Hallazgos radiológicos y opciones terapéuticas

Gina Brown. Royal Marsden NHS Foundation Trust, Londres

Low rectal cancer. Radiologic findings and therapeutic options
Despite the significant progress in treating bowel cancer as an entity, comparatively poorer outcomes both oncologically and functionally persist with low rectal cancer. Appropriate selection of patients, be it for neoadjuvant therapy, extended surgery or sphincter preservation is vital and key to this is accurate MRI staging within a formal MDT process. This requires both the correct execution of planar imaging and appropriate interpretation of these images with respect to important anatomical landmarks. Low rectal cancer requires a novel MRI based staging system to help improve outcomes this is being prospectively evaluated in the low rectal cancer (MERCURY 2) study. Improvements in the UK have been achieved through

1. Specialized workshops for reporting on low rectal cancer;
2. Standardized proforma for MRI reporting of low rectal cancer cases;
3. An understanding of which low rectal tumours (with respect to radiological features) are likely to respond well to chemoradiotherapy;
4. Greater consistency in patient selection policy with respect to neoadjuvant therapy and surgical approach
5. A clearer idea regarding when advanced low rectal cancer should be centralized in specialist centres.

Conclusion

Low rectal cancer management is complex and requires accurate pre-operative staging to help improve outcomes. The optimal surgical approach needs to be determined before surgery in order to achieve a clear CRM. It is important to accurately depict the relationship of the tumour to key anatomical landmarks of the sphincter complex which have relevance for surgery. MRI low rectal stage, TRG and EMVI have prognostic value with regards to disease recurrence and survival

RM tras la neoadyuvancia en el cáncer de recto

Gina Brown. Royal Marsden NHS Foundation Trust, Londres

MRI after neoadjuvant treatment in rectal cancer. Why and when? The observation concerning MRI assessment following chemoradiotherapy in identifying good versus poor responders based on fibrosis has not previously been tested in patients

undergoing neoadjuvant chemotherapy compared with the histopathological reference standards.

The Magnetic Resonance Imaging and Rectal Cancer European Equivalence (MERCURY) Study evaluated consecutive patients undergoing both primary surgery and preoperative therapy with histopathologic correlation and analyzed survival outcomes. The results of the MERCURY

Study showed that post-CRT MRI assessment of tumor regression grade correlated with disease-free survival and overall survival and, thus, with patient prognosis. MRI's ability to identify good and poor responses after preoperative therapy could, in future, enable further tailoring of treatment. For example, a patient with MRI findings suggestive of a poor response or MRI findings showing persistence of a potentially involved circumferential resection margin could be offered systemic non-cross-resistant chemotherapy or a radical surgical exenterative procedure. On the other hand, deferring surgical resection in patients with a good response as shown on MRI may, in future, enable patients to avoid abdominoperineal excision.

Emerging evidence has shown the prognostic importance of reassessing rectal cancers using high-resolution T2-weighted MRI after completion of CRT. A detailed assessment of the known prognostic and morphologic features using MRI after neoadjuvant therapy is essential for optimal treatment planning and patient care.

Técnicas quirúrgicas para el tratamiento del cáncer de recto. ¿Qué necesitamos saber antes de llegar al quirófano?

Daniel Huerga Álvarez. Hospital Universitario de Fuenlabrada-Madrid

Los Objetivos de la presentación son explicar las diferentes técnicas quirúrgicas para tratar el cáncer de recto, mostrar qué información de las pruebas de imagen es importante para elegir la técnica y en qué nos ayuda la imagen en el diagnóstico de las complicaciones y en la reconstrucción del tránsito intestinal (cierre de estomas).

1.- Técnicas quirúrgicas.

La técnica quirúrgica dependerá de la localización del tumor, tamaño y extensión local.

El objetivo de la cirugía con intención curativa es la exéresis total del mesorrecto (ETM).

Para lograrla hay dos técnicas fundamentalmente

1.- Resección anterior de recto. En tumores de tercio medio o superior: resección y anastomosis.

Si no es necesario quitar todo el mesorrecto (tumores de tercio superior) hablamos de resección anterior alta.

Si se extirpa todo el mesorrecto: resección anterior baja (RAB).

2.- Amputación abdominoperineal (AAP). Tumores de tercio inferior: extirpación del recto y ano.

En algunos tumores de tercio inferior se puede realizar ETM con anastomosis (Resección anterior ultrabaja). Condiciones:

- Tumores pequeños.
- Pelvis anchas.
- Ausencia de trastornos previos de continencia fecal
- Mucha experiencia.

Otras técnicas:

- Técnicas más agresivas:
- Tumores localmente avanzados (próstata, vagina, útero, vejiga). Se puede plantear resección en bloque del recto junto con estos órganos: Exenteración pélvica.
- Tumores que infiltran sacro: sacrectomía. Es posible hacerlo sin

secuelas importantes si afectan por debajo de S3.

- Técnicas conservadoras: Tumores pequeños (uT1/T2), sin adenopatías, pacientes de riesgo o para evitar AAP (en casos seleccionados): Resecciones transanales de espesor total (extirpando la grasa mesorrectal subyacente al tumor).
- Cirugía convencional en tumores muy distales accesibles con instrumental ordinario.
- Microcirugía endoscópica transanal (TEMS): cirugía endoscópica con rectoscopio de gran calibre, insuflando gas en el recto, con óptica. Permite resecciones de lesiones hasta a 15 cm del ano.

2.- Imagen y selección de la técnica:

La imagen es fundamental para decidir cuál de estas técnicas será la más adecuada. Para ello es necesario conocer:

- Tamaño, altura y profundidad del tumor.
- Relación con esfínteres, próstata, vagina, útero, vejiga y sacro.
- Margen circunferencial del tumor y de las adenopatías.
- Destacar y señalar la localización de alguna adenopatía sospechosa o implante alejados (iliacas, paraaórticas, inguinales...), para buscarla en la intervención.

Valoración de la respuesta tumoral al la neoadyuvancia: no siempre hay correlación. La cicatriz que sustituye al tumor puede tener el mismo aspecto que la neoplasia y existir regresión patológica y no en la imagen.

Reconstrucción del tránsito: Cuando se deja un estoma de protección, hay que descartar dehiscencia o sinus presacro antes de cerrar el estoma.

3.- Complicaciones de las técnicas quirúrgicas:

Las técnicas de imagen nos resultan muy útiles para descartar

- dehiscencia de anastomosis
- ileo postoperatorio
- obstrucción intestinal
- abscesos pélvicos

y adoptar la actitud terapéutica más adecuada.

3er BLOQUE: LINFOMAS

Manifestaciones radiológicas de las enfermedades hematológicas malignas

Sandra Baleato González. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS)

Los trastornos linfoproliferativos son un grupo de enfermedades hematológicas en el que podríamos incluir cuatro diferentes subtipos: linfoma Hodgkin, linfoma no Hodgkin, leucemias linfocíticas (aguda y crónicas) y mieloma múltiple. Dentro de ellos, los linfomas, dada su frecuencia, son las principales entidades a valorar. Por ello, se describirán sus manifestaciones y diferenciarla de otras patologías, dado que, aunque el diagnóstico final depende de una biopsia, los hallazgos en imagen no sólo permitirían establecer un diagnóstico de sospecha, si no también definir la lesión diana para el procedimiento intervencionista.

El segundo

Objetivos de la charla será intentar solucionar preguntas a las que nos enfrentamos todos los días como radiólogos:

- ¿Cómo estadificar a estos pacientes? ¿Con qué técnica de imagen?
- ¿Cuándo realizar los controles de imagen durante el tratamiento?
- ¿Qué criterios de evaluación de respuesta mediante imagen usar?.
- ¿Con qué frecuencia y durante cuánto tiempo se debiera realizar el seguimiento mediante imagen de los pacientes?
- ¿Cambia el pronóstico/manejo del paciente la detección mediante imagen de las recaídas tumorales?

Hoy en día, existe un gran número de técnicas tanto morfológicas (TC, RM de difusión de cuerpo entero) como moleculares (PET, PET-TC/RM), por lo que debemos de utilizar aquella que aporte mayor rendimiento diagnóstico según el tipo de patología a estudiar y el contexto clínico del paciente. Todas estas cuestiones abren nuevas líneas de trabajo dado que en muchos casos no existe un consenso establecido.

En

Conclusión, debido al escaso rendimiento de muchas de las pruebas realizadas y al alto riesgo de segundas neoplasias en los pacientes tratados de linfoma, el uso de técnicas ionizantes debe de ser racionalizado y optimizado. Nuevas técnicas como la PET-RM o la RM de difusión de cuerpo entero pueden ser herramientas prometedoras para el manejo de estas enfermedades.

Diagnóstico de extensión y evaluación de la respuesta mediante PET/TC en de las enfermedades

Jorge Mucientes Rasilla. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

El PET-TC es una herramienta de gran utilidad en la valoración de lesiones neoplásicas. El aumento del consumo de glucosa es un hallazgo común en muchas enfermedades neoproliferativas. En la práctica clínica, las exploraciones realizadas con 18F-FDG tienen un alto impacto en la estadificación y la valoración de la respuesta terapéutica de estas patologías. Los linfomas son un grupo de enfermedades heterogéneas, que incluye varios subtipos celulares que muestran diferente afinidad por la FDG. La utilidad clínica del PET esta muy influenciada por esta afinidad. En los linfomas con alta afinidad por la FDG, el PET es útil para la estadificación y la valoración de respuesta al tratamiento. Además de su utilidad al final de la terapia, el PET tiene un papel en la valoración de la respuesta precoz durante el tratamiento, lo que permite adaptarlo de manera individualizada.

En los que presentan baja afinidad el papel del PET es más limitado, aunque puede ser útil en algunas indicaciones como la sospecha de transformación.

A pesar de su baja introducción en la práctica clínica, el PET-TC con FDG parece tener un papel en el mieloma, ya que presenta una alta sensibilidad y especificidad que pueden influir en el manejo del paciente. Tiene especial interés en la valoración del pronóstico y de la respuesta a la terapia.

De forma ya más limitada el PET puede tener un papel en indicaciones seleccionadas en pacientes con leucemia, aportando información relevante en pacientes con sospecha de síndrome de Richter.

VIERNES 25 DE OCTUBRE

1er BLOQUE: PANCREATITIS

Pancreatitis crónica: Cómo la radiología influye en la toma de decisiones clínicas

Carmen Villalba Martín. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS)

La pancreatitis crónica (PC) es una enfermedad inflamatoria que conlleva cambios morfológicos y funcionales irreversibles en el páncreas, con pérdida de parénquima pancreático y sustitución

por fibrosis. La PC leve o moderada, cuando aún puede instaurarse tratamiento, antes de que se desarrollen cambios morfológicos severos, supone un reto diagnóstico. La sospecha clínica es clave en el diagnóstico pero la clínica no es característica, presentándose como pancreatitis aguda recidivante, dispepsia, dolor recurrente epigástrico, en hipocondrio izquierdo, o en cinturón, o con menor frecuencia, como diarrea o DMID en el adulto. Existen discrepancias entre la severidad clínica, el grado de deterioro exocrino y endocrino, y los cambios morfológicos detectados mediante TC y CPRE.

La RM es hoy la mejor modalidad de imagen en el diagnóstico de la PC temprana porque en una única exploración no invasiva podemos evaluar la morfología ductal y la función exocrina del páncreas, y detectar la existencia de fibrosis. Ante la sospecha de PC se debe realizar:

- 1) Evaluación del sistema ductal mediante colangiopancreatografía por RM (CPRM) basal y tras la administración intravenosa de secretina.
- 2) Evaluación semicuantitativa de la función pancreática exocrina estimando el volumen de llenado duodenal tras la estimulación con secretina.
- 3) Evaluación del parénquima pancreático antes y después de la inyección intravenosa de gadolinio.

Presentamos la técnica y los hallazgos de imagen en RM como Resultado de dos estudios prospectivos: Uno con una muestra de pacientes con sospecha clínica de PC (N=278) en el que se correlacionaron los hallazgos de imagen con protocolo de estudio morfológico y funcional de páncreas mediante RM y los hallazgos de imagen de la USE. Otro estudio se realizó con una muestra de pacientes con dispepsia y menos de 5 criterios de PC en USE (N=34) a los que se realizó el estudio de RM pancreática. Mostramos los casos clínicos más representativos sobre la utilidad de la RM morfológica y funcional en el diagnóstico y manejo de los pacientes con PC.

Pancreatitis aguda: Presentaciones clínicas. Intervención del radiólogo

Damián Gil Bello. UDIAT Centre Diagnòstic, Sabadell Barcelona

La charla no pretende ser un repaso general del tema de la pancreatitis aguda, que es muy extenso y que forzaría a una aproximación demasiado general y un contenido que sería conocido ya por la inmensa mayoría de radiólogos abdominales, sino un intento de ceñirse a algunos subtemas específicos que puedan realmente interesarles.

- Necrosis peripancreática: signos por imagen.
- Breve mención del estudio PANTER de 2010: ensayo clínico aleatorizado neerlandés que comparó un abordaje mínimamente invasivo en dos pasos con la laparotomía en el tratamiento de la pancreatitis necrotizante infectada.
- Nueva nomenclatura de Atlanta de la pancreatitis aguda: el Pancreas Club publicó una nomenclatura en 1992 para tratar de homogeneizar la manera de referirse a los conceptos relacionados con el tema y facilitar la discusión, la comunicación, y la realización de trabajos de investigación. Recientemente, esta clasificación ha sido actualizada.
- Otras clasificaciones y nomenclaturas. La clasificación IMC del grupo PANCREA, también con pretensión internacional, aspira a desbancar a la de Atlanta, y se basa únicamente en la presencia o ausencia de necrosis y fallo orgánico persistente.
- Técnica de Seldinger abreviada para la punción de colecciones. ¿Para qué todo el farrago si con un catéter iv. bien largo ya basta?

- El gas en la pancreatitis aguda ¿qué significado tiene realmente?
- Planos, espacios y fascias en la pancreatitis aguda: las apariencias engañan y conviene repasar los conocimientos anatómicos básicos.

Presentación de un informe estructurado, consensado por SEDIA, en el estudio radiológico de la pancreatitis aguda

Anna Darnell Martín. Hospital Clínic de Barcelona

Presentación del documento GUIA PARA EL INFORME RADIOLÓGICO DE TC EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA consensado por varios médicos radiólogos de diferentes hospitales españoles con la colaboración de un médico intensivista.

El documento, que estará colgado en la página web de la sociedad, pretende ser una guía que sirva de ayuda al radiólogo a la hora de realizar los informes de TC en pacientes con pancreatitis aguda así como poner al día y homogeneizar la terminología radiológica.

El documento consta de 5 apartados:

1. PROTOCOLO TÉCNICO RECOMENDADO
2. INDICACIONES DE TC EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA
3. NUEVA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LA PANCREATITIS AGUDA
4. INFORME RADIOLÓGICO
 - A. INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE
 - B. HALLAZGOS EN LA TC
 - B.1. Hallazgos pancreáticos
 - B.2. Hallazgos extrapancreáticos relacionados con el cuadro de pancreatitis aguda
5. BIBLIOGRAFÍA

2o BLOQUE: RETROPERITONEO

Perlas radiológicas en la semiología del cáncer de riñón

Antonia Arjonilla López. Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles Madrid

La primera decisión a tomar en la caracterización de una lesión renal es establecer si se trata de una lesión quirúrgica o no y en caso de no serlo, si requiere seguimiento evolutivo.

En primer lugar examinaremos el estado actual de las grandes técnicas de imagen en la valoración de las lesiones renales.

Análisis del valor de la ecografía intraoperatoria en la toma de decisiones quirúrgicas.

Revisión de la importancia del establecimiento de un adecuado protocolo para la realización de un TAC de caracterización de lesión renal y la utilidad de las distintas fases así como de la RM, con especial atención al papel de las secuencias de difusión y el estudio dinámico con contraste.

El diagnóstico diferencial de las lesiones renales incluye un amplio espectro de patología. Aportaremos, en este sentido, pautas diagnósticas que nos ayuden a diferenciar unas lesiones de otras. Revisaremos, asimismo, la vigencia de la clasificación de Bosniak.

Por último enfatizaremos la necesidad de la inclusión en el informe no solo de información sobre las características del tumor sino que, en las lesiones que consideremos quirúrgicas, será necesario aportar adicionalmente, información exquisita sobre la anatomía locorregional. Dicha información se considera imprescindible para acometer cirugías mínimamente invasivas

con suficientes garantías.

Diagnóstico, estadificación y control evolutivo del cáncer de vejiga urinaria

Kenza Machan. Hospital Costa del Sol, Marbella

El cáncer de vejiga tiene una elevada incidencia en nuestro entorno (es el cuarto tumor más frecuente en hombres). Los radiólogos debemos conocer cuál es nuestro papel, qué podemos aportar y cuáles son nuestras limitaciones.

La cistoscopia mediante resección transuretral es la prueba de referencia en el diagnóstico. Las pruebas de imagen pueden ser de utilidad en el manejo de pacientes con hematuria mediante la selección de pacientes candidatos a una resección transuretral, y ante limitaciones de la cistoscopia (como intolerancia a la misma o divertículos de cuello estrecho).

El 70-85% de los cánceres de vejiga no invaden la capa muscular en el momento del diagnóstico; las pruebas de imagen en este grupo de pacientes están enfocadas a la valoración del tracto urinario superior, con la detección de tumores uroteliales sincrónicos o metacrónicos.

En tumores con invasión muscular, las pruebas de imagen tienen un papel más extendido en la estadificación y el seguimiento.

La resonancia magnética (RM) ha demostrado mejores resultados que la tomografía computerizada (TC) en la estadificación local. La RM y la TC son similares en la valoración ganglionar, con importantes limitaciones. Las secuencias de difusión y el empleo de contrastes linográficos pueden mejorar el rendimiento diagnóstico de la RM.

En tumores con invasión muscular localizados, el tratamiento de elección es la cirugía radical que incluye una cistectomía radical con una cirugía de derivación.

El seguimiento tras el tratamiento es fundamental debido a la elevada incidencia de recidiva y progresión, y por la elevada tasa de complicaciones tras una cirugía de derivación. El seguimiento realiza mediante TC o RM. No existe consenso acerca del mejor protocolo de seguimiento tras cistectomía.

La PET-TC está emergiendo como una técnica prometedora en la estadificación y seguimiento de estos paciente, aunque su papel no está establecido.

Tumores del retroperitoneo. Actualización

Carlos Casillas Meléndez. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón

Los tumores primarios del retroperitoneo suponen un reto para el diagnóstico radiológico. Su baja prevalencia y alta variedad, incluyendo tumores benignos y malignos, dificultan el reconocimiento de patrones radiológicos comunes que nos ayuden a su diagnóstico y caracterización. El diagnóstico clínico suele ser tardío debido a su localización profunda. Hasta que no alcanzan tamaños significativos no suelen ser palpables ni dar síntomas.

Hay que conocer de forma precisa la anatomía del retroperitoneo, sus límites, los espacios incluidos (pararrenal anterior y posterior, perirrenal y el 4º espacio), así como los espacios potenciales (planos retromesentérico, retrorrenal e interfascial). Estos tumores pueden tener una diseminación subperitoneal, pudiendo afectar a varios órganos contiguos, e interfascial, cruzando la

línea media. El desplazamiento de las estructuras anatómicas adyacentes es muy útil para decidir que un tumor asienta en el retroperitoneo. El desplazamiento anterior de los órganos retroperitoneales (riñones, glándulas adrenales, uréteres, colon ascendente y descendente, páncreas y la mayor parte del duodeno) y grandes vasos es el hallazgo que más ayuda para sospechar la localización retroperitoneal de un tumor.

Algunos tumores muestran patrones de diseminación o crecimiento característicos que ayudan a estrechar el diagnóstico diferencial. Así, el linfoma, linfangioma y ganglioneuroma crecen en los diferentes espacios entre las estructuras existentes, rodeando los vasos sin llegar a comprimirlos. Igualmente, ciertos componentes tumorales permiten acotar el diagnóstico diferencial, como la presencia de grasa (liposarcoma, teratoma), el estroma mixoide (hiperintenso en imágenes potenciadas en T2 y captación de contraste lenta y reticular) (tumores neurogénicos, liposarcoma mixoide, histiocitoma fibroso maligno), la necrosis (leiomiomasarcoma), el componente quístico (linfangiomas) y la hipervascularización (paragangliomas, hemangiopericitomas). La única modalidad de tratamiento potencialmente curativa es la resección quirúrgica completa.

SEDIA invita a la SPRMN. Cáncer gástrico: Papel de la imagen en la toma de decisiones.

Rui Mateus Marques. Universidad Nova de Lisboa

Gastric Cancer: role of imaging in decision workflow.

Gastric cancer (GC) is a major public health problem being the fourth most common cancer and the second most common cause of cancer related death worldwide.

The notorious recent improvements in medical technology namely through multi-detector row computed tomography (MDCT) and a lesser extent through magnetic resonance imaging (MRI), explain their growing role in several steps of GC clinical workflow.

Endoscopy associated to biopsy keeps going as leading method in the diagnosis of the disease, with conventional barium studies seldom used today.

Staging GC is crucial to decide the best therapeutic option. Endoscopic ultrasound (EUS) and MDCT are used standard methods and diagnostic laparoscopy (DL) is important to confirm or exclude advanced disease. Additionally, MRI may be used as a complement or alternative to MDCT in certain cases and ultrasound may be used mainly in more advanced disease. Metastatic disease may also be evaluated by PET-CT, MRI or Bone Scintigraphy.

Neoadjuvant chemotherapy may be a first step in therapy for locally advanced disease and the pre-operative response or restaging may be assessed mainly by MDCT, MRI or positron emission tomography with computed tomography (PET-CT). Despite some limitations in staging, MDCT including multi-planar reformations (MPR) is an important and useful all-in-one method for pre-therapeutic evaluation of GC or to ascertain postoperative complications.

Continuous follow-up is essential for all patients and MDCT has remained the essential tool in follow-up, although MRI and PET-CT may be alternative or a complement to MDCT. Moreover they can assist serum tumour marker assays in the early diagnosis or localization of GC recurrences. Finally, one must consider DL as an alternative to the complicated second-look laparotomy in the

detection of recurrent disease.

3er BLOQUE

Moderadores: Ramiro Méndez Fernández y Teresa Martín Fernández-Gallardo

Técnica y aplicaciones de la imagen ponderada en difusión en las enfermedades de la pelvis

Gabriel C. Fernández Pérez. Complejo Asistencial de Ávila

INTRODUCCIÓN

De las secuencias de difusión se generan imágenes cuyo contraste depende del movimiento microscópico de las moléculas de agua. Sin embargo, existen situaciones donde estas moléculas interactúan con estructuras como membranas o macromoléculas que disminuyen o restringen este movimiento. De forma general, la detección o caracterización de una lesión depende del incremento de la celularidad de su componente sólido o quístico comparativamente con el tejido de vecindad y conlleva una restricción de la difusión valorado por el coeficiente aparente de difusión (ADC). Así, se ha demostrado como valores de ADC bajos caracterizan múltiples lesiones malignas e incluso pueden indicar una mejor respuesta al tratamiento (pacientes respondedores).

En esta charla abordaremos una pequeña introducción de las secuencias de difusión, la posibilidad de detección y diferenciación de lesiones malignas de la pelvis femenina y masculina, la utilidad en la respuesta temprana al tratamiento y la posibilidad del diagnóstico de la recidiva y extensión de estas neoplasias.

PELVIS FEMENINA

Cáncer de endometrio: se ha demostrado como estos tumores tienen alta señal en las secuencias de difusión y valores de ADC bajo. Son útiles para distinguir el endometrio normal y pólipos endometriales del Ca endometrial. La histología es un factor predictivo para el pronóstico y donde los valores de ADC son más bajos cuanto más agresivo es el tumor (Fuji et al), aunque actualmente no existe un nivel de corte del valor de ADC que distinga estos tumores. Las secuencias de difusión son útiles para el estadiaje local ya que valoran con gran exactitud la profundidad de la invasión miometrial (especialmente si se fusionan con secuencias morfológicas) y son particularmente útiles cuando la administración de gadolinio está contraindicada.

Cáncer de cérvix: a diferencia del resto de los tumores ginecológicos el estadiaje del Ca de cérvix es clínico y la RM juega un papel importante en los tumores con estadiaje Ib o mayores. El Ca de cérvix tiene una celularidad mayor que el estroma normal del cuello uterino mostrando alta señal en las secuencias de difusión y valores de ADC más bajos que el estroma normal circundante. Estas secuencias son útiles en pacientes jóvenes donde el estroma y el tumor pueden ser isointensos en las secuencias T2 y en los casos de adenocarcinomas de cérvix. Algunos autores también resaltan la posibilidad de detección de adenopatías (variable independiente en el pronóstico de las pacientes) mediante el valor de ADC. También tienen utilidad en la respuesta temprana a la radioterapia (incluso a las dos semanas de tratamiento) y a la identificación de recidiva local.

Cáncer de ovario: las secuencias de difusión junto a las

secuencias estándar son de gran utilidad para diferenciar lesiones indeterminadas en la ecografía y diferenciar su etiología benigna o neoplásica. Sin embargo, muchos autores no encuentran cuantitativamente diferencias significativas en los valores de ADC para diferenciar ambas posibilidades. Por otro lado las secuencias de difusión se han mostrado útiles para caracterizar implantes peritoneales especialmente en la pelvis donde la capacidad de otras pruebas de imagen, como el TC, son más limitadas.

Cáncer de próstata: se ha demostrado la utilidad de las secuencias de difusión en la localización, estadiaje y respuesta al tratamiento. Valores de ADC menores de $0,9 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$ representan un punto de corte para la identificación de tumores dentro de la glándula. Sin embargo, hay diferencias respecto a las zonas anatómicas de la próstata, los valores de factor "b" empleados o tumores con baja densidad celular. Por ello el uso combinado con las secuencias T2, dinámicas con contraste y espectroscopia aumenta de forma significativa la exactitud diagnóstica en la detección.

Síndromes hereditarios en oncología abdominal

Carlos Casillas Meléndez. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón

El diagnóstico por la imagen representa un importante papel en los pacientes oncológicos, ya sea para su diagnóstico, guía para la obtención de material citológico o histológico, estadificación, valoración de la respuesta a los tratamientos y seguimiento.

El 75% de los cánceres son esporádicos, el 15-20% familiares y el 5-10% hereditarios. Debemos sospechar un cáncer hereditario ante una neoplasia diagnosticada a edad temprana, afectación bilateral o multifocal, o asociada a otros tumores. Con relativa frecuencia los radiólogos diagnosticamos neoplasias sincrónicas y metacrónicas, así como tumores primarios múltiples. En esta presentación vamos a exponer aquéllos síndromes con predisposición hereditaria de tener un cáncer con afectación abdominal. Estos son los síndromes de cáncer colorrectal (CCR) (poliposis adenomatosa familiar, tumores desmoides asociados a síndromes de CCR, síndrome de Gardner, CCR hereditario no polipósico), neurofibromatosis, enfermedad de von Hippel-Lindau y el síndrome de Li-Fraumeni.

Los radiólogos debemos tener una estrecha relación con las unidades de consejo genético para establecer de forma conjunta qué técnicas diagnósticas utilizar en estos pacientes y en sus familiares. Alguno de estos síndromes tienen hipersensibilidad a las radiaciones ionizantes (Li-Fraumeni, Ataxia-Telangiectasia, Nijmegen) por lo que se debería evitar en lo posible su utilización y realizar exploraciones como la ecografía y la RM.

El seguimiento clínico y radiológico en estos síndromes hereditarios es fundamental, dada la alta probabilidad de desarrollar un cáncer. La colonografía con TC es la técnica que se debería utilizar en el seguimiento de los síndromes de CCR, debido a su alto valor predictivo negativo y sus bajas complicaciones.

Comunicaciones Orales:

13 Congreso de la Sociedad Española de Diagnóstico por Imagen del Abdomen

Avanzando en Oncología Abdominal

JUEVES 24 DE OCTUBRE

16:20 - 17:20

Moderadores: Asunción Torregrosa Andrés y Juan Ramón Ayuso Colella

C0067 UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA CON CONTRASTE EN EL DIAGNÓSTICO DE COLECISTITIS AGUDA GANGRENOSA: ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE HALLAZGOS QUIRÚRGICOS Y ANATOMOPATOLÓGICOS

Isabel Carbonell Casañ, Tomás Ripollés, María Jesús Martínez, Yinet Fernández Núñez, Jordi Blay, Gregorio Martín
Hospital Dr. Peset Radiología - Avda. Gaspar Aguilar 97 (Valencia)

Objetivos

Determinar la utilidad de la ecografía con contraste para el diagnóstico de colecistitis aguda gangrenosa comparando con anatomía-patológica como técnica de referencia.

Material y Método

Estudio prospectivo de pacientes con criterios clínicos y/o ecográficos de colecistitis aguda (CA) entre diciembre 2011 y marzo 2013 consecutivos a los que se realizó una ecografía con contraste. El diagnóstico ecográfico de CA gangrenosa se basó en la presencia de discontinuidad del realce en la pared vesicular tras la inyección del contraste. Hallazgos evaluados en ecografía modo B: grosor parietal, barro, litiasis, Murphy ecográfico, estriaciones murales, membranas intraluminales, interrupción de pared e hiperemia mural. Sólo se analizaron los

Resultados de pacientes colecistectomizados en las primeras 24 horas tras la realización de la ecografía con contraste. El diagnóstico ecográfico fue comparado con la AP de la pieza quirúrgica. Se calcularon sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo y exactitud de la ecografía con contraste. Se calculó la concordancia entre dos radiólogos en la detección de defectos de realce parietal, utilizando el índice de Kappa.

Resultado

Se incluyeron 64 pacientes (32 mujeres, edad media 71 años). El Resultado final AP fue: 6 colecistitis crónicas, 10 CA y 48 CA gangrenosas. La ausencia focal o generalizada de realce parietal vesicular en las imágenes de ecografía con contraste tuvo una buena correlación con los Resultados de AP (sensibilidad, especificidad y exactitud de 79.2%, 81.3% y 79.7%, respectivamente). La concordancia interobservador para la detección de defectos de realce parietal fue buena ($k = 0,719$). Los criterios ecográficos de mayor sensibilidad y especificidad para la CA gangrenosa fueron: defectos de realce parietal, estriaciones parietales y barro biliar. Las membranas intraluminales mostraron alta especificidad (92.8%) pero baja sensibilidad (23%).

Conclusión

La ausencia focal o generalizada de realce en la pared vesicular en la ecografía con contraste está asociada con CA gangrenosa.

C0052 DIAGNÓSTICO POR IMAGEN DEL COLANGIOCARCINOMA INTRAHEPÁTICO

Tatiana Serna Castro¹, Cristina Parrilla Muñoz¹, Susanie Lucía Mareli Flores Casaperalta¹, Marcelo Rengel Ruiz¹, Gerardo Silla Burdalo², Maria Jose Moreno Gomez¹

¹ Hospital Clínico Universitario De Valencia Radiodiagnostico - Av Blasco Ibañez

² Hospital Clínico Universitario De Valencia Radiodiagnostico

Objetivos

Identificar hallazgos radiológicos en tc y rm que nos lleven al diagnóstico correcto del colangiocarcinoma intrahepático

Material y Método

Se hizo una revisión de casos de forma retrospectiva, con información obtenida de la base de datos del hospital clínico de Valencia, los pacientes debían tener diagnóstico de colangiocarcinoma confirmado mediante estudio anatomopatológico e imágenes de tac y rm, con contraste en doble fase. Las imágenes de las lesiones hepáticas fueron valoradas por diferentes radiólogos obteniendo una descripción, morfológica y del patrón de realce en ambas fases.

Resultado

En el tac el colangiocarcinoma intrahepático se ve como una masa infiltrante hipodensa que puede presentar en muchos casos dilatación de la vía biliar, retracción capsular e invasión de la vena porta. En la fase arterial las lesiones presentan realce periférico y son hipodensas o tienen realce central en la fase portal. En la rmn en t1 se visualiza una imagen hipointensa que tiene realce heterogéneo y periférico en fase inicial, y realce central en fase tardía. En t2 con supresión grasa se ve como una imagen hiperintensa y se asocia a compresión, dilatación de la vía biliar y nódulos metastásicos.

Conclusión

Existen hallazgos radiológicos que caracterizan el colangiocarcinoma Intrahepático y lo diferencian del hepatocarcinoma y que por tanto pueden llevarnos al diagnóstico correcto en aquellos pacientes en los que no es posible hacerlo mediante biopsia, lo cual permite realizar un tratamiento específico para esta patología

C0128 ESTUDIO RETROSPECTIVO SOBRE LA RESPUESTA LOCAL Y COMPLICACIONES TRAS ABLACIÓN PERCUTÁNEA POR RADIOFRECUENCIA DE METÁSTASIS HEPÁTICAS DE CÁNCER COLORRECTAL

Sagrario Lombardo Galera¹, Luis J Zurera Tendero², Juan J Espejo Herrero³, M^a Eugenia Perez Montilla², Francisco Fernández Valverde², A Gomez España²

¹ Hospital universitario Reina Sofía Radiología Vasculare intervencionista - Av Menedez Pidal s/n, Córdoba

² Hospital universitario Reina Sofía

³ Hospital universitario Reina Sofía Radiología Vasculare intervencionista

Objetivos

La ablación por radiofrecuencia de metástasis hepáticas de cáncer colorrectal (MHCCR) es una técnica con una tasa de complicaciones mayores < 5%, tasas de recurrencia local variables entre 2%-66% e índices de supervivencia a 5 años del 18%-55% (dependiendo de diferentes factores morfológicos).

El objetivo es analizar retrospectivamente nuestra experiencia con la ablación percutánea por radiofrecuencia de MHCCR.

Material y Método

Hemos tratado 20 metástasis en 19 pacientes con una edad media de 63 años (41-80) utilizando el sistema RITA y control ecográfico o por TC (según la localización de la misma) bajo anestesia general. Se realizó TC trifásico al mes de la ablación y, posteriormente, cada 3 meses aplicando los criterios RECISTm para valorar la respuesta local.

Todos los pacientes habían recibido quimioterapia previo a la ablación y el 84% habían tenido metastasectomías previas.

Resultado

No hubo ninguna complicación mayor y todos los pacientes recibieron el alta hospitalaria a los 24 horas.

Sólo 2 pacientes recibieron 2 sesiones de ablación tras una primera sesión incompleta.

El tamaño medio de las metástasis fue 26 mm (10-45) no detectándose recidiva local en 8 metástasis (40%) durante un seguimiento medio de 9 meses (1-20 meses) y con un tamaño medio de 21 mm (14-33). En 12 metástasis (60%) se observó recurrencia local que apareció con una media de 8 meses (1-20 meses) y con lesiones de un tamaño medio de 30 mm (10-45).

Durante el seguimiento aparecieron nuevas metástasis (hígado, pulmón, bazo, mesenterio y retroperitoneo) en 9 pacientes.

Con una mediana de seguimiento de 36 meses, la mediana de supervivencia libre de enfermedad localmente tratada fue 7 meses (4-10).

Conclusión

En pacientes con MHCCR la ablación por radiofrecuencia es un tratamiento seguro y que permite un control local aceptable de la enfermedad (dependiendo del tamaño de la metástasis).

C0151 TÉCNICAS DE IMAGEN EN LAS HEPATECTOMIAS EN DOS TIEMPOS CON PARTICIÓN HEPÁTICA IN SITU

Carmen Ballester Vallés¹, Monica Ballesta Moratalla¹, Eva Montalva Oron², Jose Pamies Guilbert¹, Carolina Ramirez Ribelles¹, Rosa Piqueras Olmeda¹

¹ Hospital Universitario y Politécnico La Fe Área Clínica de Imagen Médica - Bulevar Sur Valencia

² Hospital Universitario y Politécnico LA FE Servicio de Cirugía Hepática - Bulevar Sur Valencia

Objetivos

En pacientes candidatos a resecciones hepáticas extensas en los que se anticipa un remanente hepático futuro (RHF) insuficiente, la oclusión portal del sector hepático que va a ser resecado permite incrementar el RHF (crecimiento 20-35% en 30-45 días).

La técnica de hepatectomía en dos tiempos se utiliza para obtener un crecimiento mayor y más rápido del RHF.

Presentamos nuestra experiencia empleando la técnica de hepatectomía en dos tiempos y el papel de las técnicas de imagen.

Material y Método

De enero-2012 a abril-2013 se han realizado ocho hepatectomías con transección in situ con aumentos entre 21% y 155% del RHF en 7 días.

El radiólogo obtiene el volumen hepático total y del RHF previo a la intervención y se valora la anatomía vascular. Entre el 6º-7º día de la primera intervención se realiza la TC valorando la hipertrofia del hígado remanente y su volumen

Resultado

Se incluyeron 8 pacientes: 1 H. fibrolamelar y 7 H. metastásicos. 3 mujeres y 5 varones entre 23 y 67 años. 7 pacientes recibieron QT previa.

El Volumen hepático del RHF previo a la cirugía varió entre 10,9%-28,4%

En 5 pacientes se realizó ligadura + embolización portal con alcohol y en 2 solo ligadura

El control radiológico volumétrico con TC tras la primera intervención se realizó tras 6- 10 días con un aumento del volumen del RHF del 21% al 155%

Conclusión

La hepatectomía en dos tiempos con partición hepática in situ y ligadura portal induce una hipertrofia rápida del hígado. Representa una opción terapéutica para pacientes con enfermedad hepática sin sufrir insuficiencia hepática y durante una misma hospitalización.

La TC hepática con reconstrucciones volumétricas es fundamental para

valorar el RHF previo a la segunda cirugía, optimizando el buen

Resultado y evitando la insuficiencia hepática. Los controles posteriores de imagen permiten valorar el progresivo aumento del remanente hepático

C0041 CARACTERIZACIÓN DEL PATRÓN FIBROINFLAMATORIO DE LA ENFERMEDAD DE CROHN MEDIANTE LA TÉCNICA DE ENTEROGRAFÍA POR RM

Almudena Álvarez-Cofiño Tuñón, Esther Montes, Lucía Raposo, Óscar F. Guinea, Tomás Díaz, Paz Pravia, Covadonga Del Blanco, Pilar Nosti Fundación Hospital de Jove

Objetivos

Describir los hallazgos de RM más característicos de la Enfermedad de Crohn (EC) con atención especial al Patrón Mixto en el que coexisten signos de fibrosis e inflamación.

Material y Método

Se realiza una revisión de los estudios de enterografía por RM realizados en nuestro centro desde el año 2011.

Resultado

El Patrón Inflamatorio se observó en el 56% de los casos; los Patrones Fistulizante y Fibroestenotante puros fueron objetivados únicamente en el 10% de los estudios. En un 33% se identificaron signos de inflamación sobre áreas de fibrosis, representando el Patrón Mixto Fibroinflamatorio.

Conclusión

El subtipo Inflamatorio es la forma de presentación más frecuente de la EC con sus distintos grados de actividad, sin embargo, en nuestra serie resulta llamativa la alta prevalencia del Patrón Mixto Fibroinflamatorio en el que coexisten áreas de fibrosis con signos de inflamación sobreañadida. Teniendo en cuenta el largo tiempo de evolución de la enfermedad en los pacientes incluidos en el estudio, el patrón mixto debería ser considerado más que como un subtipo de EC, como un estado avanzado en la evolución natural de la enfermedad en la que han tenido lugar múltiples brotes de inflamación seguidos de episodios de fibrosis de carácter cicatricial-reparativo.

C0069 ECOGRAFIA CON CONTRASTE EN LA DIFERENCIACIÓN ENTRE FLEMÓN Y ABSCESO EN LA ENFERMEDAD DE CROHN Y OTROS PROCESOS ABDOMINALES.

Rafael Revert Espí, Tomás Ripollés, Jose Vizuete, María Jesus Martínez Pérez, Esteban García Martínez, Diana Gomez Valencia Hospital Doctor Peset

Objetivos

Evaluar la exactitud diagnóstica de la ecografía con contraste para diferenciar entre flemón y absceso intraabdominal.

Material y Método

Se revisaron de forma retrospectiva los informes de todas las ecografías con contraste realizadas entre junio de 2006 y mayo de 2012 para identificar a los pacientes con los términos "masa inflamatoria", "flemón" o "absceso" en el informe ecográfico. El diagnóstico de flemón o absceso en el informe inicial de la ecografía con contraste se utilizó para la valoración de los Resultados.

Resultado

En los informes de ecografía con contraste revisados se identificaron 71 masas inflamatorias en 50 pacientes. 33 pacientes tenían un diagnóstico de enfermedad de Crohn, 10 apendicitis aguda, 6 diverticulitis aguda y 1 cáncer de colon sigmoide perforado. 57 de las masas, 21 flemones y 36 abscesos, fueron confirmados por otras técnicas de imagen (TC, RM, drenaje percutáneo o quirúrgico) o por cirugía. El coeficiente Kappa entre la ecografía con contraste y las otras técnicas en el diagnóstico de flemón o absceso fue excelente (Kappa = 0,972). Sólo en un paciente la cirugía detectó un pequeño absceso (<2 cm) dentro de un flemón que no fue detectado por la ecografía con contraste. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el tamaño de los abscesos antes y después de la inyección del agente de contraste. El acuerdo entre 2 observadores en el diagnóstico de flemón o absceso fue excelente (kappa = 0,953).

Conclusión

La ecografía con contraste es un método preciso para diferenciar entre flemón y absceso intraabdominal en procesos gastrointestinales, especialmente en enfermedad de Crohn. Su uso puede ayudar a definir mejor el tamaño de las colecciones y evitar otras técnicas que usan radiación ionizante.

C0072 ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: EVALUACIÓN MEDIANTE RM. HOW I DO IT? AND WHAT I HAVE TO SEE?

Rocío Mora Monago¹, Luis Fernández Prudencio¹, Álvaro Emilio Moreno Puertas¹, José Pedro Mora Encinas², Elena María Esteban Durán¹, Elena García Martos¹

¹ Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

² Hospital de don Benito - Villanueva

Objetivos

- "How I do it?": Describir el protocolo de realización de los estudios de RM (entero-RM y colono-RM) empleados en la evaluación de la enfermedad inflamatoria intestinal
- "What I have to see?": Establecer cuáles son los principales hallazgos radiológicos que caracterizan a la enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa) en los estudios de RM, así como repasar las complicaciones más frecuentes que van a condicionar un tratamiento quirúrgico.

Material y Método

Hemos realizado una revisión de un total de 98 estudios de RM (97 entero-RM y 1 colono-RM) empleados en la evaluación de la enfermedad inflamatoria intestinal. Estos estudios fueron realizados en el Hospital Infanta Cristina de Badajoz, durante un periodo comprendido entre enero de 2.012 y mayo de 2.013.

Resultado

La enfermedad de Crohn se incluye dentro del grupo de las enfermedades inflamatorias intestinales, del cual también forma parte la colitis ulcerosa. Ambas son enfermedades crónicas que habitualmente tienen su inicio en la juventud (el pico máximo de incidencia ocurre entre los 15 y los 35 años). Al tratarse de patologías que cursan con múltiples brotes, estos pacientes van a requerir numerosos estudios radiológicos a lo largo de su vida. Es por ello que la RM, método de imagen que no emplea radiaciones ionizantes, es la técnica de elección para la evaluación de estos pacientes.

Conclusión

La RM es una técnica cada vez más demandada para el diagnóstico y el seguimiento de la enfermedad inflamatoria intestinal. Sus

Objetivos son confirmar el diagnóstico, localizar las lesiones, evaluar su extensión y determinar la presencia de actividad inflamatoria, así como detectar posibles complicaciones que puedan ser subsidiarias de tratamiento quirúrgico.

El papel del radiólogo en el manejo de esta patología es de vital importancia, ya que puede aportar datos

Objetivos que ayudarán a resolver situaciones y aclarar dudas relacionadas con el tratamiento de estos pacientes.

C0164 COMPARACIÓN DEL IMPACTO DE LA RM Y LA COLONOSCOPIA EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN

Jordi Rimola¹, Orlando García-Bosch², Ingrid Ordás², Elena Ricart², Sonia Rodríguez¹, Julián Panés²

¹ Hospital Clínic de Barcelona Radiología

² Hospital Clínic de Barcelona Gastroenterología

Objetivos

Comparar dos estrategias para la evaluación del paciente con enfermedad de Crohn (EC) utilizando colonoscopia y entero-colono resonancia magnética (ECRM) como estudios de primera o segunda línea de forma alternada.

Material y Método

Los datos clínicos, endoscópicos y de ECRM de 100 pacientes incluidos en dos estudios prospectivos, donde se realizó ECRM y colonoscopia en menos de 48 horas, fueron revisados por 4 investigadores. Las evaluaciones incluyeron el grado de inflamación, estenosis, fístulas,

abscesos y la recomendación terapéutica (esteroides, inmunosupresores, anti-TNF o cirugía).

Resultado

La información del primer examen se consideró suficiente para el manejo del paciente en el 65% de los casos para la ECRM y solo en el 34% de los casos para la colonoscopia ($p < 0.005$). La indicación de anti-TNF (41% vs 27% $p < 0.005$) y cirugía (14.5% vs 4.5% $p < 0.001$) fue más frecuente tras la ECRM como primer estudio que tras la colonoscopia como primer estudio. Añadir la información obtenida de la ECRM a la información de la colonoscopia cambió el grado de confianza del clínico en una proporción superior que añadir la información de la colonoscopia a la ECRM para la sospecha de estenosis (16.5% vs 9% $p < 0.005$), fístulas (8% vs 2% $p < 0.001$), abscesos (8.5% vs 1% $p < 0.001$), pero no para el grado de actividad de inflamación. La información de la ECRM como exploración de segunda línea condujo a un cambio en el tratamiento en una proporción superior de pacientes que la colonoscopia como exploración de segunda línea (28% vs 7.5% $p < 0.001$).

Conclusión

La información proporcionada por la ECRM tiene un mayor impacto en el manejo del paciente con EC que la colonoscopia, y puede ser considerada como una exploración de primera línea para la evaluación de la EC, aunque la disponibilidad y la experiencia locales pueden influir en la preferencia de examen.

VIERNES 25 DE OCTUBRE

16:00 - 17:00

Moderadores: Mario Pagés Llinas y Miguel Ángel Corral de la Calle

C0080 MDTC PREDICTOR DE RESECABILIDAD EN EL ADC DE PÁNCREAS

Elisa B. Ramos Gavilá, Álvaro Julián Pérez, María Remedios Alpera Tenza, Javier Gallego Plazas, Inma Lozano Cubo

Hospital General Universitario de Elche

Objetivos

- Describir la utilidad del MDTC en el adenocarcinoma de páncreas y los hallazgos por imagen en una serie de casos estudiados en el HGUE en el periodo 2006-2012.

- Correlación en aquellos tumores resecables radiológicamente de los hallazgos encontrados en el MDTC y de la cirugía.

- Predicción de resecabilidad del adenocarcinoma pancreático usando MDTC.

Material y Método

Se incluyen 35 pacientes diagnosticados de adenocarcinoma de páncreas y con estudio MDTC realizado en el HGUE en el periodo del 2006 al 2012

Todos los estudios con el MDTC son bifásicos con cortes finos y posteriores reconstrucciones multiplanares. Se utilizó agua como contraste oral.

Para la valoración de la resecabilidad, usamos criterios aceptados: ausencia de metástasis hepática y peritoneal, ausencia de invasión vascular y ausencia de adenopatías a distancia.

Para la invasión vascular nos basamos principalmente en el grado del contacto circunferencial del tumor con el vaso, considerándose posiblemente irresecables los que contactan menos de 180° y absolutamente irresecables los que contactan más de 180°.

Disponemos de 20 cirugías y el tiempo que transcurre desde que se realiza el TC hasta la cirugía es de 10-60 días (media de 28,88 días).

Resultado

20 de los 35 adenocarcinomas de páncreas son resecables, aunque uno de ellos no se interviene por morbilidad del paciente. El VPP de resecabilidad en el MDTC fue de 90%, con únicamente 2 falsos negativos que correspondió a metástasis ganglionar a distancia y a infiltración de la VCI no vistos en el MDTC.

De los 15 irresecables, encontramos metástasis hepática en 10 pacientes, carcinomatosis en 5 e invasión vascular significativa en 7.

Conclusión

- El MDTC es una herramienta diagnóstica fiable para la evaluación de la extensión local del tumor de páncreas así como su resecabilidad, con adecuada correlación quirúrgica.
- El VPP de resecabilidad con el MDTC fue del 90%.

C0110 ESTUDIO MEDIANTE TC MULTIDETECTOR DEL TRASPLANTE DE DONANTE VIVO RENAL.

Juan Antonio Hernández Ponce, Maite Morales Hernández, Ibrahim Hernández González, María Candelaria Santana Rodríguez, María Adela Rodríguez Fuentes, Marta Brime Gómez

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias Radiodiagnóstico

Objetivos

Se realiza estudio retrospectivo. Se obtiene una serie de 8 hombres y 9 mujeres, de los cuales 1 tiene nefrolitiasis, 3 quistes simples y 2 aterosclerosis severa. 8 pacientes presentan anatomía arterial normal, 5 doble ostium, 10 accesorias hiliares, 3 accesorias polares superiores y uno 1 arteria principal derecha retrocava. 9 pacientes tenían anatomía venosa normal, 1 con 2 venas principales derechas, 6 venas gonadales izquierdas mayores de 5 mm, 1 con vena renal derecha inferior a 2 cm y 3 con vena lumbar posterior izquierda mayor de 5 mm

Conclusión

Revisión de las manifestaciones radiológicas y diagnóstico diferencial del tumor carcinoide del tracto gastrointestinal.

Material y Método

el año 2009 y 2012 en nuestro centro. Se analizan las variables de sexo, edad, clínica, localización del tumor, técnica y características radiológicas, presencia o no de metástasis al diagnóstico y confirmación histológica/citológica.

Resultado

apendicular (n = 5), gástrica (n = 2) y pancreática (n = 1), siendo la localización más frecuente. Los tumores carcinoideos constituyen un espectro amplio de neoplasias neuroendocrinas en los que las técnicas radiológicas juegan un papel fundamental en su diagnóstico y posterior seguimiento.

C0078 RM FUNCIONAL DE PRÓSTATA COMO GUÍA PARA BIOPSIAS DIAGNÓSTICAS. NUESTRA EXPERIENCIA.

Pilar Vallejo Desviat¹, Ana Martín García¹, Antonio Moreno Reyes², Elena Ballester Orca³, Susana Sorrentini García¹, Gonzalo Hernández Sánchez¹

¹ Hospital Central de la Defensa Radiodiagnóstico - Glorieta del Ejército S/N Madrid

² Hospital Central de la Defensa Urología - Glorieta del Ejército S/N Madrid

³ Hospital Central de la Defensa Instituto de Medicina Preventiva - Glorieta del Ejército S/N Madrid

Objetivos

Calcular la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) de la Resonancia Magnética (RM) de próstata y de con un IC al 95%.

La difusión obtuvo una mayor sensibilidad del 81,82% (IC 95% 47,75-96,79) y especificidad del 62,5% (IC 95% 25,89-89,76).

La sensibilidad y la especificidad de la perfusión fueron menores, con unos valores de 54,55% (IC 95% 24,56-81,86) y 87,5% (IC 95% 46,68-99,34) respectivamente y también de la espectroscopia con unos valores de 54,55% (IC 95% 24,56-81,86) y 62,5% (IC 95% 25,89-86,76) respectivamente.

Conclusión

La RM de próstata es muy sensible para el diagnóstico de cáncer.

De las tres pruebas funcionales, la difusión ha sido la técnica más sensible y específica para detectar el tumor.

El principal inconveniente del trabajo ha sido el reducido tamaño muestral pero seguimos incorporando todos los nuevos casos para que el estudio sea más representativo.

C0048 UTILIDAD DE LA TC PERITONEOGRAFÍA EN LA EVALUACIÓN DE COMPLICACIONES DE LA DIÁLISIS PERITONEAL.

Antonio Navarro Ballester¹, María Laura Salvetti², Antonio Lorenzo Gorri¹, Susana De Lázaro De Molina¹

¹ Hospital General de Castellón Radiología Diagnóstica y Terapéutica - Av. Benicasim s/n

² Hospital General de Castellón Nefrología - Av. Benicasim s/n

Objetivos

Los sistemas utilizados para la diálisis peritoneal han sufrido una evolución evidente en los últimos años, haciendo factible que los pacientes se sometan a esta terapia durante periodos largos de tiempo. La presencia constante de líquido de diálisis en peritoneo, con el consiguiente aumento de la presión intraabdominal, lleva a la aparición de complicaciones como hernias o fugas de líquido de diálisis. En este trabajo defendemos el papel de la TC peritoneografía para el diagnóstico de dichas complicaciones.

Material y Método

La TC peritoneografía es el estudio tomográfico abdominal y pélvico, realizado tras la administración de contraste yodado a la cavidad peritoneal. Para nuestro estudio utilizamos 100 ml de Iodixanol (270 mg/ml) en 2000 ml de líquido de diálisis, introducido a través del catéter de diálisis peritoneal. Revisamos todas las exploraciones de TC peritoneografía realizadas en nuestro hospital, dedicando especial atención al aspecto radiológico de complicaciones como las hernias y fugas de líquido de diálisis, colecciones, así como a la disfunción del catéter peritoneal.

Resultado

En pacientes donde la sospecha clínica/exploratoria indica la TC peritoneografía, conseguimos demostrar la salida de líquido a través del conducto peritoneovaginal o defectos de la pared abdominal, con una sensibilidad y especificidad mayor del 90%. Mediante esta modalidad de TC conseguimos ubicar la posición del catéter peritoneal, localizando recesos y posibles adherencias. También observamos otros hallazgos menos frecuentes como peritonitis, hidrotórax u otros incidentales, no relacionados con la diálisis.

Conclusión

La TC peritoneografía, debido a su bajo coste, accesibilidad, alta sensibilidad y especificidad, se postula como la técnica de elección en la búsqueda de complicaciones no infecciosas de la diálisis peritoneal. La elevada resolución espacial de esta técnica no sólo permite un diagnóstico fiable, sino que también facilita la planificación del tratamiento quirúrgico de las complicaciones.

C0065 DEFECOGRAFÍA POR RM, EXPERIENCIA DE 4 AÑOS: HALLAZGOS DE IMAGEN Y SU EFECTO SOBRE EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

Juan Luis Camacho Alcazar¹, Carmen Ballester Vallés¹, Carolina Ramírez Ribelles¹, Jose Pamies Guilabert¹, Gonzalo Sánchez Jordá², Jorge Juan Arango Arroyave¹

¹ Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Área Clínica de Imagen Médica.

² Hospital Universitario y Politécnico La Fe. ERESA

Objetivos

- El propósito esta comunicación es mostrar nuestros Resultados con la defecografía por RM y su influencia sobre el manejo quirúrgico.

- Realizar una interpretación retrospectiva de los trastornos encontrados.

Material y Método

- Se obtuvo aprobación en consenso con el área de radiología abdominal y con las especialidades implicadas para la realización de la técnica.

- Se solicitó consentimiento informado por escrito.

- 46 pacientes (hombres 5 ; mujeres 41 edad media) con sospecha clínica, de alteración del suelo pélvico se les realizó un estudio de defecografía por RM .

- Se realizó estudio morfológico multiplanar de RM en vacío con secuencias con potenciación en T2. Posteriormente se realiza estudio dinámico con secuencias T2 FIESTA (fast imaging employing steady state acquisition) en reposo, con ascenso, Valsalva y defecación.

- Las imágenes fueron retrospectivamente revisadas por dos observadores.

Resultado

- La defecografía con RM reveló un descenso de la vejiga de más de 3 cm estuvo presente en 28 (60.8%) de 46 pacientes, y un descenso de cúpula vaginal de más de 3 cm estuvo presente en 7(17%) de 41 mujeres.
- Se observaron 35 (76%) Rectoceles anteriores, 5 (10.8%) enteroceles, 5 (10.8%) prolapsos rectales y 6 (13%) invaginaciones rectales.
- Los hallazgos de defecografía con RM, llevaron a cambios en el abordaje quirúrgico en 19 (41%) de los pacientes que se sometieron a cirugía.

Conclusión

- Nuestro estudio mostró que la RM defecografía en pacientes que son considerados candidatos a tratamiento quirúrgico, puede mostrar una amplia variedad de hallazgos anormales, que pueden afectar directamente a la terapia quirúrgica.

C0173 TRAUMATISMOS DE VÍSCERA HUECA. SIGNOS SUTILES Y OTROS POCO ESPECÍFICOS QUE NOS PUEDEN LLEVAR A UN FALSO NEGATIVO.

Lucía Llana Álvarez, José Carlos Garrido Bermejo, Carmen Fernández Álvarez, Marta Cuadrado Ayuso, Fernando Turégano Fuentes
HGUGM

Objetivos

Revisar los signos de lesión traumática de víscera hueca, con especial atención a aquellos signos más sutiles, y a aquellos menos específicos, que nos pueden llevar a un falso negativo de lesión significativa (quirúrgica), aumentando la morbilidad y mortalidad del paciente.

Material y Método

Se revisan varios casos ocurridos en nuestro hospital, con especial atención a aquellos estudios en los que la lesión pasó inicialmente desapercibida.

Resultado

El signo más sensible fue la presencia de líquido libre intraabdominal. La localización en meso y la morfología triangular debe orientar a lesión de meso/víscera hueca. Su alta atenuación sugiere lesión orgánica, que en ausencia de lesión de víscera sólida, orienta a lesión de meso/víscera hueca.

El signo más específico es la disrupción parietal, muy sutil. Ayudan a localizarlo la presencia de fluido o hematoma en meso adyacente, y cambios de calibre del asa. Las reconstrucciones multiplanares ayudan a ver estas lesiones asociadas.

También la extravasación de contraste intravenoso es muy específico de lesión del meso/intestinal, así como las burbujas de gas extraluminal, que pueden pasar desapercibidas si no se revisa el estudio con ventana de pulmón y de hueso. En ocasiones puede manifestarse en una fase del estudio más tardía.

El engrosamiento mural es menos específico, que puede sugerir lesión no significativa, sobretodo si es difuso. El engrosamiento más focal, y más si existen anomalías en el meso adyacente, orienta a lesión significativa.

Conclusión

Es importante un diagnóstico temprano de lesión de víscera hueca. En ocasiones los signos son muy sutiles, siendo necesaria una especial atención. Es importante revisar todas las fases del estudio, con varias ventanas, y realizar MPRs.

El conjunto de signos hace más probable la lesión significativa. En el caso de un solo signo no significativo, se puede realizar reevaluación en 6-12 horas, ya que en ocasiones los signos se presentan más tardíamente.

C0230 CARCINOMA OVÁRICO AVANZADO. ¿ QUÉ ES NECESARIO DESCRIBIR EN EL INFORME?

Lucía Llana Álvarez, Luis Hernández Moreno, Ana Isabel Poza García, Wenceslao Vásquez Jiménez

Objetivos

El carcinoma ovárico es el segundo tumor ginecológico más frecuente y el más mortal, ya que suele presentarse con diseminación peritoneal avanzada. Es importante conocer los aspectos que hagan derivar al paciente a un centro especializado, detectar enfermedad que impedirá citorreducción óptima, la que puede requerir subespecialización

quirúrgica, y aquella que vaya a ser difícil evaluar por el cirujano.

Material y Método

Revisamos casos ocurridos en nuestro hospital, con la experiencia de nuestros radiólogos y cirujanos, y parte de la literatura publicada al respecto.

Resultado

- Enfermedad peritoneal sutil que determina estadio IIIC y puede requerir derivación a otro hospital especializado: ascitis en hemiabdomen superior, engrosamiento, realce, calcificación, aumento de densidad y reticulonodularidad peritoneal.

- Enfermedad que puede impedir citorreducción óptima: invasión de pared pélvica por el tumor primario. Infiltración extensa del mesenterio, con enfermedad confluyente, con rigidez y retracción, con asas aglutinadas o separadas y anguladas; y compromiso de muchos segmentos intestinales, con asas distorsionadas y con engrosamiento mural. Estadio IV, con derrame pleural maligno y metas hepáticas hematógenas. Linfadenopatías en hemiabdomen superior, sobretodo si comprometen el eje portohepático. Grandes implantes, enfermedad confluyente en espacio subfrénico, epiplon menor, saco menor y ligamentos supracólicos, y en ligamento falciforme y lecho vesicular, sobretodo si comprometen el eje portohepático.

- Es difícil evaluar en la cirugía la raíz del meso y el cuadrante superior derecho.
- Puede requerir subespecialización quirúrgica los implantes hepáticos y perihepáticos, intestinales y en saco menor.

Conclusión

El carcinoma ovárico es relativamente frecuente, y desgraciadamente suele presentarse en estadios avanzados. Es importante reconocer signos sutiles de enfermedad peritoneal temprana, describir el tamaño y la localización de los implantes peritoneales con especial atención a aquellos que pueden contraindicar cirugía primaria. Es interesante evaluar con atención los sitios que serán más inaccesibles en la cirugía, y aquella enfermedad que puede requerir la participación de cirujanos especializados.

Póster Electrónicos:

13 Congreso de la Sociedad Española de Diagnóstico por Imagen del Abdomen

Avanzando en Oncología Abdominal

C0023 LESIONES HIPERVASCULARES HEPÁTICAS EN HÍGADO NO CIRRÓTICO

Lucía Raposo Rodríguez¹, Esther Montes Pérez², Almudena Cofío Álvarez Tuñón³, Óscar Fernández Guinea¹, Tomás Díaz Sánchez¹, Covadonga Del Blanco¹

¹ Fundaciòn Hospital de Jove Radiodiagnòstico - Avenida Eduardo Castro, s/n

33290, Gijòn, Asturias

² Fundaciòn Hospital de Jove Radiodiagnòstico - Avenida Eduardo Castro, s/n

33290, Gijòn, Asturias

³ Fundaciòn Hospital de Jove Radiodiagnòstico - Avenida Eduardo Castro, s/n

33290, Gijòn, Asturias

Objetivos

Realizar una aproximaciòn diagnòstica de las lesiones hipervasculares hepáticas frecuentes e infrecuentes e ilustrarlas mediante imágenes de TC y/o RM.

Material y Método

En primer lugar realizaremos una clasificaciòn de las lesiones focales hepáticas de acuerdo a su vascularizaciòn en TC y RM tras la administraciòn de contraste intravenoso. En un segundo lugar analizaremos las lesiones hipervasculares encontradas y propondremos un algoritmo diagnòstico teniendo en cuenta el contexto clínico y sus características radiológicas.

Resultado

En nuestra serie de pacientes hemos encontrado desde lesiones focales hepáticas frecuentes como el hemangioma, la hiperplasia nodular focal, el adenoma y las metástasis hipervasculares, hasta lesiones muy poco prevalentes como el hemangioendotelio epitelioide, el hepatocarcinoma fibrolamelar, el carcinoma hepatocelular en pacientes no cirróticos, el angiomiolipoma e incluso las lesiones hipervasculares hepáticas características de la enfermedad de Rendu-Osler o nódulos de regeneraciòn tras quimioterapia.

Conclusiòn

Mediante una orientaciòn clínica cuidadosa y la caracterizaciòn de las lesiones focales hepáticas hipervasculares mediante TC y RM es posible llegar al diagnòstico definitivo de las mismas lo que evita la necesidad de obtener un análisis histológico y la realizaciòn de biopsias innecesarias con los riesgos que ello conlleva. Sin embargo, en ocasiones, el estudio anatomopatológico es el único procedimiento que establece el diagnòstico definitivo.

C0026 HERNIAS DE PARED ABDOMINAL: ¿DÓNDE Y QUÉ?

Laura Díaz Mallo¹, Pilar Nímar Nuñez Vila¹, Raúl de Armas Perdomo¹, Juan Manuel Llanos Gómez¹, Carlos Gálvez García², Víctor Vázquez Sánchez³

¹ HUNSC - villalba hervás 1 5a

² Clínica Jerez

³ HUNSC

Objetivos

Mostrar diferentes localizaciones y las diferentes estructuras anatómicas que pueden aparecer en el interior de una hernia de pared abdominal.

Material y Método

Se presentan varios casos de diferentes tipos de hernias de la pared abdominal con las estructuras anatómicas que se pueden encontrar en su interior.

Todos los casos fueron estudiados mediante TC de abdomen y pelvis realizado tras la administraciòn de contraste intravenoso yodado.

Resultado

Las hernias de pared abdominal suponen una patologí a muy frecuente en la poblaciòn general, y su diagnòstico muchas veces en casual, siendo un hallazgo en un paciente estudiado por otro motivo.

El diagnòstico inicial es clínico, mediante una adecuada exploraciòn física, si bien identificar el contenido herniario suele requerir de alguna técnica de imagen.

Las estructuras anatómicas más frecuentemente incluidas en la cavidad herniaria son asas intestinales, principalmente de intestino delgado, si bien podemos encontrar otras estructuras, como colon, vejiga o estómago. Hay algunas hernias, poco frecuentes, con nombre propio, como son la hernia de Amyand, en la que aparece herniado el apéndice o la hernia de Littré, en la que la estructura herniada es un divertículo de Meckel.

Conclusiòn

Las hernias de la pared abdominal son una patologí a muy frecuente, pudiendo contener una gran variedad de estructuras anatómicas en su interior. Es importante su diagnòstico, ya que pueden presentar diferentes complicaciones, requiriendo tratamiento quirúrgico en muchas ocasiones.

C0027 LIPOMAS ABDOMINALES

Laura Díaz Mallo, Pilar Nímar Nuñez Vila, Raúl de Armas Perdomo, Juan Manuel Llanos Gómez, Antonio Luis López Figueroa, Jesús Ignacio Vivancos Garbayo HUNSC

Objetivos

Mostrar las diferentes localizaciones abdominales en las que se puede presentar un lipoma.

Material y Método

Se presentan varios casos de lipomas abdominales en diferentes localizaciones, tanto intraperitoneales, tanto en vísceras sólidas como huecas, como extraperitoneales.

Los pacientes fueron estudiados mediante TC de abdomen y pelvis tras administraciòn de contraste intravenoso yodado.

Resultado

Los lipomas son tumores benignos frecuentes formados por grasa. La mayoría presenta una morfología ovalada, aunque pueden aparecer con formas más irregulares, si bien siempre están bien delimitados.

Pueden aparecer en localizaciones muy variadas, en toda la anatomía, y la mayoría de las veces son un hallazgo casual en pacientes estudiados por otro motivo, aunque pueden producir clínica si son de gran tamaño, por compresiòn de estructuras adyacentes.

Conclusiòn

Los lipomas son tumores benignos muy frecuentes que pueden localizarse en cualquier parte de la anatomía, pudiendo presentar formas y tamaños muy variables.

C0029 FÍSTULA COLO-VESICAL POSTRADIOTERAPIA

Laura Díaz Mallo¹, Pilar Nímar Nuñez Vila¹, Juan Manuel Llanos Gómez¹, Raúl de Armas Perdomo¹, María Laura Cabrera Romero¹, Carlos Gálvez García²

¹ HUNSC

² Clínica Jerez

Objetivos

Descripciòn de los hallazgos en el caso de un paciente con una fístula colo-vesical secundaria a tratamiento radioterápico.

Material y Método

Paciente de 65 años que acude al servicio de Urgencias por cuadro de distensión abdominal y dolor tipo cólico, asociado a neumatúria y fecaluria. Como antecedentes presenta carcinoma vesical tratado mediante RTU y quimio-radioterapia.

El estudio se realiza mediante TC de abdomen y pelvis tras administración de contraste intravenoso yodado.

Resultado

Tras la realización de TC de abdomen y pelvis se demostró la existencia de aire en vejiga, uréter izquierdo y pelvis y cálices renales izquierdos. además existía una pérdida de planos entre la pared anterolateral izquierda de la vejiga y el sigma, planteándose como diagnóstico de sospecha una fistula vesico-sigmoide, que se demostró en un TC posterior tras administración de contraste por vía rectal.

Conclusión

El tratamiento con radioterapia puede presentar diferentes complicaciones, siendo relativamente frecuente la formación de fístulas entre diferentes estructuras, como entre la vejiga y el colon en el caso presentado.

Es importante estar familiarizado con los hallazgos en imagen, ya que es importante realizar un diagnóstico para tratar la fístula y evitar las potenciales complicaciones que pueden producirse.

C0030 MIOMA UTERINO COMO CAUSA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO

Irene Gutiérrez Pérez¹, Lorenzo Pastor Hernández¹, Mar Pérez-Peña del Llano¹, Elena Guerra del Barrio¹, Jose Llavona Amor¹, Dolores Gómez Suárez²

¹ Hospital Álvarez-Buylla, Mieres Radiología

² Hospital Álvarez-Buylla, Mieres Ginecología

Objetivos

Revisar las principales complicaciones de los miomas uterinos grandes. Presentación de un caso de trombosis de vena iliaca común izquierda secundario a compresión por mioma uterino

Material y Método

Revisión de la literatura y presentación de un caso de una mujer que acude al urgencias por disnea de medianos esfuerzos desde hace una semana. Los RsRs están conservados y se palpa una masa en hipo y mesogastrio.

Se realiza angioTC de arterias pulmonares urgente, ecografía y TC abdominopélvico.

Resultado

En el angioTC de arterias pulmonares se observan defectos de replección en arterias lobares y segmentarias de todos los lóbulos compatible con TEPA

En la ecografía abdominal se observa una gran masa sólida abdominopélvica de probable origen uterino sugestiva de útero miomatoso, que se confirma en el TC, donde además se identifica trombosis de la vena iliaca común izquierda.

Al no existir factores de riesgo asociados se concluye que la trombosis de la vena iliaca común izquierda es debida a la compresión por el útero miomatoso.

La paciente es tratada con oxigenoterapia y clexane 120 sc e histerectomía y doble anexectomía al mes del inicio del tratamiento médico.

Conclusión

Las principales complicaciones de los miomas grandes derivan de la compresión de estructuras vecinas.

Entre ellas las más frecuentes son debidas a compresión de la vejiga y de los uréteres, (nicturia, urgencia miccional, ureterohidronefrosis,...)y a compresión de la unión rectosigmoidea. Mucho menos frecuente son los síntomas debidos a compresión de estructuras vasculares.

La triada de Virchow: estasis del flujo sanguíneo, hipercoagulabilidad y daño de la pared del vaso son factores de riesgo para el desarrollo de trombosis venosa profunda.

La compresión continua por el mioma produce estasis venoso y trombosis venosa. Lo más frecuente es la trombosis de venas iliacas, pero también ha sido descrito trombosis de vena mesentérica superior.

C0031 EL ESTÓMAGO VISTO A TRAVÉS DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA.

Antonio Navarro Ballester, Antonio Lorenzo Gorriz

Hospital General de Castellón Radiología Diagnóstica y Terapéutica - Av. Benicasim s/n

Objetivos

Los avances en la tecnología de la tomografía computerizada, entre los que se enumeran la introducción del TC multidetector y el desarrollo de sistemas de imágenes 3D en tiempo real, han generado un interés renovado en su uso para la valoración del tracto gástrico. En este trabajo repasamos el aspecto en TC de las lesiones, neoplásicas o no, del tracto gástrico.

Material y Método

Revisamos las imágenes de TC multidetector solicitados a los pacientes con sospecha de patología gástrica en nuestra institución. Reconstruimos imágenes con cortes de 5 mm de grosor. Al paciente se le da dos sobres con cristales productores de gas con mínima cantidad de agua (10 mL) justo antes de iniciar la prueba. Al mismo tiempo, se introduce contraste no iónico a través de la vena del antebrazo, a una velocidad de 3 ml/s (inyector automático-bomba). Se obtiene una fase arterial (30 s) y una portal (70 s), en inspiración profunda mantenida por el paciente.

Resultado

El adenocarcinoma es la neoplasia gástrica más frecuente, siendo importante conocer los criterios de afectación de la serosa y de invasión adenopática, así como la nueva actualización de la clasificación de la TNM. Aportamos los rasgos diferenciales de imagen con respecto a otras neoplasias gástricas como el linfoma, el tumor de GIST y las metástasis. Finalmente, se cita algunas de las características en TC de la enfermedad inflamatoria gástrica.

Conclusión

El TC es un medio fiable para el diagnóstico de las neoplasias gástricas, sobre todo en su modalidad 3D, siempre y que la preparación y la técnica sean adecuadas. Los radiólogos deben estar al corriente de las modificaciones introducidas en la 7ª edición de la TNM para una correcta comunicación interdisciplinar. La patología inflamatoria gástrica puede ser sospechada por TC pero sólo el estudio anatomopatológico confirmará el diagnóstico.

C0033 ESTADIAJE MEDIANTE TC MULTIDETECTOR DEL CÁNCER GÁSTRICO: NUESTRA EXPERIENCIA DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL COMITÉ MULTIDISCIPLINAR ESÓFAGOGÁSTRICO

Ana M^a Carrillo Colmenero, Alvaro Alegre Castellanos, Carmen Ortiz Pegalajar, Julio Galván Sánchez

CH. Ciudad de Jaén Radiodiagnóstico - Avda. Ejercito Español,10

Objetivos

La revolución de la tecnología TC multicorte (TCMD), ha permitido lograr una gran precisión en estadiaje prequirúrgico tumoral.

La resolución espacial isotrópica y las reconstrucciones multiplanares y en 3D han incrementado la capacidad diagnóstica.

Material y Método

El objetivo de este trabajo es:

1. Aclarar conceptos aprendidos en Comité Multidisciplinar de Cáncer Gástrico.
2. Realizar revisión bibliográfica de la literatura actual
3. Mostrar iconografía

Resultado

- El radiólogo integrado en el manejo multidisciplinar presenta mayor experiencia y un planteamiento flexible de la técnica, obteniendo mejores Resultados

- El estadiaje clínico prequirúrgico requiere realizar TC

- Una adecuada técnica permite mejorar la precisión del estadiaje radiológico

- Analizamos causas de sobreestadificación tumoral

- Analizamos causas de infraestadificación

- La literatura promueve protocolos técnicos y uso de reconstrucciones

Conclusión

- El TCMD es herramienta clave en el manejo multidisciplinar del cáncer gástrico
- Una técnica depurada incrementa la tasa de éxito en el estadiaje radiológico
- Las reconstrucciones aumentan la precisión diagnóstica
- La pertenencia del radiólogo al Comité Multidisciplinar presenta múltiples ventajas

C0034 HIDRONEFROSIS BILATERAL: UNA CAUSA MUY INFRECIENTE.

Laura Díaz Mallo¹, Pilar Nímar Nuñez Vila¹, Raúl de Armas Perdomo¹, Juan Manuel LLanos Gómez¹, Víctor Vázquez Sánchez¹, Carlos Gálvez García²

¹ HUNSC

² Clínica Jerez

Objetivos

Presentación de un caso clínico de hidronefrosis bilateral secundaria a fecaloma.

Material y Método

Se presenta el caso de un paciente que acude al servicio de urgencias por cuadro de distensión abdominal y anuria.

Se realiza estudio mediante ecografía abdominal y TC de abdomen y pelvis sin contraste, ya que el paciente presentaba insuficiencia renal con cifras de creatinina de 4,6.

Resultado

Ante el cuadro de anuria se realiza ecografía de abdomen para descartar causa obstrucciona, objetivándose hidronefrosis bilateral grado III. No se consiguen continuar los uréteres debido a la distensión intestinal que presentaba el paciente. Así mismo, se visualiza la ampolla rectal distendida, con contenido aéreo, con un diámetro de 9 cm.

Ante los hallazgos se decide realizar TC de abdomen y pelvis, en el que se visualiza un gran fecaloma de 10 cm de diámetro y hasta 30 cm de longitud, que produce dilatación retrógrada de ambos uréteres con hidronefrosis bilateral.

Conclusión

La compresión ureteral por un fecaloma es una causa muy infrecuente de hidronefrosis, debiéndose realizar un diagnóstico correcto, ya que es una causa de hidronefrosis tratable de forma médica.

C0035 PROTOCOLO DEL TRAUMATISMO ABDOMINAL CERRADO EN PEDIATRÍA: HOSPITAL GENERAL DE CASTELLÓN.

Antonio Navarro Ballester, Susana De Lazaro De Molina

Hospital General de Castellón Radiología Diagnóstica y Terapéutica

Objetivos

El traumatismo abdominal es una entidad clínica que adquiere especial relevancia en el contexto de las urgencias pediátricas. Puede aparecer como un traumatismo aislado o bien en pacientes politraumatizados; también podemos distinguir entre traumatismos abiertos y cerrados. El objetivo de este trabajo es definir el mejor protocolo de estudio por imagen en estos casos.

Material y Método

Estudiamos la literatura existente sobre los traumatismos abdominales en pediatría, así como su enfoque diagnóstico. Revisamos nuestra casuística al respecto, intentando sacar conclusiones a partir de la experiencia en nuestro centro.

Resultado

La ecografía es la técnica de evaluación inicial, siendo la valoración en base a la clínica, exploración física, y la propia ecografía, las que determinarán si se continúa con un escalón diagnóstico superior (TC). En cuanto a la TC, se reservará para los pacientes con traumatismo moderado-grave que no requieran intervención neuroquirúrgica urgente y estabilizados hemodinámicamente. La tendencia es hacer el estudio con doble contraste (oral e intravenoso). No obstante, algunos autores abogan por no utilizar el contraste oral puesto que incrementa el tiempo de exploración y aumenta el riesgo de aspiración en pacientes inconscientes. La laparotomía urgente sin tomografía previa posee sus indicaciones

específicas.

Conclusión

El traumatismo abdominal infantil es un problema serio, debido al sangrado intraabdominal que puede acarrear, tanto como a la presentación de complicaciones por fallo orgánico. La elaboración de protocolos y la correcta comunicación interdisciplinaria son cruciales de cara a asistir a este tipo de pacientes. El espectro de exploraciones diagnósticas va desde las menos invasivas (ecografía, exploración física) hasta las más agresivas (TC, paracentesis y laparotomía exploradora), en función de la gravedad del paciente.

C0036 AFECTACIÓN RENAL EN EL MIELOMA MÚLTIPLE

Laura Díaz Mallo, Pilar Nímar Nuñez Vila, Juan Manuel LLanos Gómez, Raúl de Armas Perdomo, Jesús Ignacio Vivancos Garbayo, Víctor Vázquez Sánchez

HUNSC

Objetivos

Descripción de la afectación renal por mieloma múltiple.

Material y Método

Se presenta el caso de un paciente diagnosticado de mieloma múltiple que presenta afectación renal secundaria.

Se realiza el estudio mediante TC de abdomen y pelvis multifásico tras administración de contraste intravenoso yodado.

Resultado

Paciente varón de 59 años de edad diagnosticado de mieloma múltiple con afectación ósea en febrero del 2011, que acude al servicio de urgencias por hematuria macroscópica con anemia.

Se realiza TC de abdomen y pelvis tras administración de contraste intravenoso en el que se objetivan dos masas renales izquierdas, una en la pelvis renal y otra cortical en el tercio medio del riñón. Ambas están bien delimitadas, son hipodensas respecto al parénquima renal y presentan escaso realce homogéneo.

Conclusión

La afectación extraósea del mieloma múltiple es poco frecuente y confiere un peor pronóstico, pudiendo afectar a la práctica totalidad del organismo. La afectación renal puede ser difusa o en forma de masas, como en el caso presentado, y puede simular un linfoma.

El diagnóstico precoz de la afectación extraósea del linfoma es importante, ya que modifica el tratamiento y el seguimiento de estos pacientes.

C0037 HALLAZGOS RADIOLÓGICOS DE LA ENFERMEDAD DE INJERTO CONTRA HUÉSPED GASTROINTESTINAL

Raquel Sánchez Oro¹, Marta Rausell Félix², Juan Pablo Ruiz Gutiérrez², Gerardo Silla Búrdalo², María Josefa Moreno Gómez², Julio Palmero da Cruz²

¹ Hospital Clínico Universitario de Valencia Radiodiagnóstico

² Hospital Clínico Universitario de Valencia

Objetivos

Describir los hallazgos en las pruebas de imagen de la enfermedad injerto contra huésped (EICH) gastrointestinal.

Material y Método

Se lleva a cabo una revisión de los hallazgos radiológicos de pacientes con antecedentes de trasplante alogénico de médula ósea y diagnóstico anatomopatológico de EICH gastrointestinal, a los que se les realizó una TC por diferentes sospechas clínicas

Resultado

La EICH, producida por la agresión inmunológica de las células linfoides donantes a los órganos del huésped, es una seria complicación durante los primeros 100 días posteriores al trasplante.

Los principales órganos diana de la EICH son la piel, hígado y aparato gastrointestinal. La incidencia oscila entre el 30-70% de los trasplantes alogénicos.

Las complicaciones gastrointestinales incluyen: dolor abdominal en hipogastrio, náuseas, vómitos y diarrea.

En la TC se observará engrosamiento de la pared de ID, que puede ser discontinuo y que en el 50% de los casos se asociará a afectación de la pared del colon. Otros hallazgos son la hiperatenuación de la mucosa y la

serosa tras la administración de contraste intravenoso con hipotenuación del resto de capas, dando lugar al signo del halo. Los pacientes con EICH gastrointestinal pueden no tolerar correctamente el contraste oral, en caso de que sí lo hagan se observará tanto en la TC como en los tránsitos gastrointestinales un revestimiento prolongado de la mucosa por el contraste oral, que queda adherido a la mucosa descamada. Otra opción es administrar contraste oral negativo como el agua que puede ayudarnos a identificar la hiperemia de la mucosa y el signo del halo. Otros hallazgos encontrados fueron: asas intestinales llenas de líquido, separadas o espaciadas, ascitis y trabeculación de la grasa mesentérica.

Conclusión

La EICH es una enfermedad progresiva pero un diagnóstico precoz que permita adelantar la instauración del tratamiento correcto puede mejorar enormemente el pronóstico

C0038 AIRE EN PÁNCREAS

Raquel Sánchez Oro¹, María Josefa Moreno Gómez², Anneliese Llanes Rivada², Tatiana Serna Castro², Marta Rausell Félix², Julio Palmero da Cruz²

¹ Hospital Clínico Universitario de Valencia Radiodiagnóstico

² Hospital Clínico Universitario de Valencia

Objetivos

Presentar los hallazgos radiológicos de las diferentes entidades y complicaciones que se pueden asociar a la presencia de aire en la glándula pancreática.

Material y Método

Revisamos los diferentes casos vistos en nuestro hospital en los que se informó la presencia de aire en la celda pancreática.

Resultado

La presencia de aire en la glándula pancreática no necesariamente implica infección. Puede detectarse la presencia de gas en: abscesos, por reflujo desde el duodeno tras una papilotomía, instrumentalización endoscópica, en fístulas entéricas, cuando coexiste necrosis.

En la pancreatitis enfisematosa la infección piógena con formación de gas puede ser espontánea o secundaria a una siembra hematógena, es más frecuente en pacientes diabéticos mal controlados o con insuficiencia renal crónica. En la radiografía simple se observará un patrón moteado en la región pancreática. La TC permite determinar la extensión y con el contraste se valora la existencia o no de necrosis y abscesos.

El absceso pancreático se observará como una colección circunscrita, purulenta, en estrecha proximidad con el páncreas. Es una complicación tardía de la pancreatitis aguda (4 semanas para su formación).

Las fístulas pancreáticas normalmente se producen al colon transversal distal próximo al ángulo esplénico. Las fístulas pancreáticas suelen asociarse a una descompresión de un pseudoquistes pancreático o como complicación de la pancreatitis enfisematosa menos frecuentemente. También se pueden producir como complicación de neoformaciones colónicas o complicaciones postquirúrgicas colónicas.

Conclusión

Aunque la evaluación inicial puede realizarse con radiografía o ecografía abdominal, la TC es la prueba de imagen de elección para detectar la presencia de aire en la celda pancreática. Si bien la causa más frecuente puede ser la infección hay que considerar en el diagnóstico diferencial otras entidades como las expuestas anteriormente.

C0039 ECOGRAFÍA DOPPLER ESPECTRAL DE LAS VENAS SUPRAHEPÁTICAS. ¿PUEDE SER LA INSUFICIENCIA TRICUSPÍDEA LA CAUSA DE LA SINTOMATOLOGÍA ABDOMINAL DE MI PACIENTE?

Raquel Sánchez Oro¹, Cristina Parrilla Muñoz², Sara Sánchez Rodríguez², Alberto Cuiat Romero², María Josefa Moreno Gómez², Julio Palmero da Cruz²

¹ Hospital Clínico Universitario de Valencia Radiodiagnóstico

² Hospital Clínico Universitario de Valencia

Objetivos

Describir los hallazgos que la insuficiencia tricuspídea (IT) ocasiona en la ecografía Doppler de las venas suprahepáticas.

Material y Método

Los pacientes con IT pueden presentar: hipertransaminasemia, hepatomegalia, aumento del perímetro abdominal, dolor en hipocondrio derecho... Ante estas manifestaciones puede solicitarse una ecografía abdominal.

Revisamos las ecografías realizadas en nuestro hospital por hipertransaminasemia en los que se identificó alteraciones en el estudio Doppler espectral de las venas suprahepáticas sugestivas de ser secundarias a IT.

Resultado

El estudio Doppler espectral de las venas suprahepáticas en sujetos sanos mostrará un trazado en el que se pueden diferenciar 4 componentes: onda A retrógrada, onda S anterógrada, onda V transicional, onda D anterógrada. En los pacientes con IT, durante la sístole ventricular un porcentaje de la sangre en lugar de dirigirse al tracto de salida del ventrículo derecho, por el cierre deficiente de la válvula tricúspide, sigue un camino retrógrado hacia la aurícula derecha, vena cava inferior e hígado. Esto da lugar a una disminución del componente anterógrado de la onda S o incluso a una S retrógrada dependiendo de la severidad de la IT.

En el tipo 1 la relación entre la onda S y la D cambia, siendo la S más pequeña aunque el flujo continua siendo anterógrado. En el tipo 2 no hay flujo anterógrado ni retrógrado. En el tipo 3 se produce flujo retrógrado en la sístole ventricular. El tipo 1 se corresponde con IT de grado leve o leve-moderado en la ecocardiografía, el tipo 2 con IT moderada y el tipo 3 con IT severa.

Conclusión

La IT puede ocasionar sintomatología abdominal que lleve a solicitar una ecografía en la mayoría de los casos sin un sospecha de esta entidad. Los cambios que la IT ocasiona en la ecografía Doppler espectral de las venas suprahepáticas permite sugerir el diagnóstico de esta valvulopatía.

C0042 ESTUDIO ECOGRÁFICO DE LA PATOLOGÍA ESCROTAL

Esther Montes Pérez, Lucía Raposo Rodríguez, Almudena Álvarez-Cofiño Tuñón, Tomás Díaz Sánchez, Paz García Pravia, Pilar Nosti Martínez
Fundación Hospital de Jove Radiodiagnóstico

Objetivos

1. Presentar el espectro de patología escrotal.
2. Analizar sus características ecográficas.
3. Realizar una aproximación diagnóstica.

Material y Método

Revisamos 151 casos de pacientes que acudieron a nuestro centro hospitalario durante este último año, principalmente por dolor escrotal y/o nódulo palpable. En un primer momento, se les realizó una historia clínica y exploración escrotal en la propia sala de radiología para posteriormente realizar ecografía en modo B y doppler color con sonda lineal, utilizando ecógrafos Toshiba aplio 400.

Resultado

La patología escrotal más prevalente encontrada fue la inflamatoria/infecciosa así como las lesiones quísticas escrotales.

Clasificamos la patología en testicular y extratesticular. Dentro de la patología testicular encontramos orquitis, quistes, microlitiasis, tumores como los estromales, metástasis o infiltración por leucemia, infartos y rotura testicular. En cuanto a la patología extratesticular, mostramos casos tanto de lesiones del epidídimo de tipo infeccioso o tumoral como de patología escrotal no epididimaria, entre otra hidroceles, varicoceles, hernias escrotales, quistes del cordón o variantes anatómicas.

Conclusión

La ecografía es una técnica inocua y rápida, que en el caso de la patología escrotal nos permite realizar una aproximación diagnóstica certera al correlacionar los hallazgos ecográficos con los antecedentes, clínica y exploración escrotal del paciente. Para ello es importante conocer el amplio espectro de patología escrotal y sus características ecográficas específicas.

C0043 DIVERTICULITIS YEYUNAL

Luis Fernández Prudencio¹, Rocío Mora Monago¹, Alvaro Emilio Moreno Puertas¹, Tamara Marcela Zamorano Pozo², Rosa María Moro Sánchez¹, Teresa Castillo Cano-Cortés³

¹ Hospital Infanta Cristina. Badajoz Servicio de Radiología - AV de Elvas S/n

² Centro médico Adeslas. Badajoz

³ Hospital Perpetuo Socorro. Badajoz Servicio de Radiología - AV de Elvas S/n

Objetivos

Los divertículos yeyunoileales son un trastorno poco común, que cursa la mayoría de las veces de manera asintomática. En raras ocasiones se presentan como abdomen agudo.

Presentamos dos casos de diverticulitis yeyunal como causa de abdomen agudo, diagnosticados en nuestro hospital.

Describimos los principales hallazgos visualizados en TC en la diverticulitis yeyunal.

Revisamos los principales diagnósticos diferenciales que pueden simular dicha patología.

Material y Método

En las dos ocasiones se realizó TC de abdomen utilizando contraste intravenoso.

Resultado

Conclusión

La diverticulitis yeyunal es un proceso poco frecuente como causa de abdomen agudo. El conocer los principales hallazgos en TC, nos va a permitir diferenciarlo de otras causas más habituales.

C0044 HEMANGIOMA CAPILAR RETROPERITONEAL A PROPOSITO DE UN CASO

Irene Gutiérrez Pérez¹, Elena Guerra del Barrio¹, Lucía Menéndez León², Lorenzo Pastor Hernández¹, Mar Pérez-Peña¹, Cristina González Huerta¹

¹ Hospital V. Álvarez-Buylla Radiodiagnóstico

² Hospital V. Álvarez-Buylla Anatomía patológica

Objetivos

Aportar un caso de hemangioma capilar retroperitoneal.

Describir signos radiológicos que pueden determinar si un tumor es primario retroperitoneal.

Descripción de los hallazgos radiológicos del hemangioma y el diagnóstico diferencial más probable.

Material y Método

Paciente de 83 años que consulta por lumbalgia.

Se realiza RM lumbar y se aprecia incidentalmente una lesión en hemiabdomen derecho hiperintensa en secuencia T2 SE y STIR e hipointensa en T1 SE. No fue posible determinar su origen pues el estudio no había sido programado para ello.

Se realiza una TC abdominal con administración de contraste oral e intravenoso en un única fase venosa portal. Se identifica una masa de 60x67x53mm en el espacio pararenal anterior con el signo del órgano incluido sobre duodeno y vena cava inferior.

Tiene una zona central de densidad agua, quística o necrótica, una zona periférica sólida, hipercaptante, con una calcificación. La ecografía demuestra lo descrito.

Tinción H&E muestra proliferación de vasos de aspecto capilar. La inmunohistoquímica tiene marcadores endoteliales positivos.

Resultado

Hemangioma capilar retroperitoneal primario.

Conclusión

Un tumor retroperitoneal primario no asienta en un órgano retroperitoneal. Hay signos radiológicos que ayudan a determinar el origen del tumor.

El signo del pico y el del órgano fantasma indican origen en un órgano retroperitoneal.

El signo del órgano incluido: la masa comprime órganos adyacentes compresibles, tubo digestivo y vasos, en forma de media luna, no se origina en ellos.

Otro signo radiológico que puede ayudar a caracterizarlo son los componentes del tumor: grasa, tejido mixoide, componente necrótico o quístico.

Nuestro paciente tiene un signo radiológico de tumor retroperitoneal

primario. El diagnóstico diferencial es de leiomiosarcoma, tumor de estirpe neural, histiocitoma fibroso maligno y hemangioma.

El hemangioma es un tumor benigno muy raro en la localización retroperitoneal primaria.

En una masa con zona central quística, calcificación y realce de la zona sólida el diagnóstico diferencial debe incluir hemangioma.

C0045 ESTUDIO DE LAS HERNIAS ABDOMINALES Y SUS COMPLICACIONES MEDIANTE TCMC

Estibaliz Gómez García, Iosu Lauzirika Alonso

Hospital San Eloy Radiodiagnóstico

Objetivos

Valorar la utilidad de la TC multicorte (TCMC) en la identificación de las hernias abdominales y sus complicaciones.

Revisar la clasificación de los distintos tipos de hernias abdominales: de pared, internas y diafragmáticas.

Material y Método

Se ha realizado un análisis retrospectivo de los casos de hernia abdominal diagnosticados en nuestro hospital desde Enero del 2008 hasta Abril del 2013.

Se ha valorado la localización de la hernia y su contenido, así como la existencia de complicaciones asociadas.

Resultado

Los tipos de hernias encontrados han sido: hernias internas, diafragmáticas y de pared abdominal (inguinales, femorales, ventrales, incisionales y obturatrices).

Dentro de las complicaciones destacan: obstrucción intestinal, estrangulación, incarceration y herniación de órganos abdominales.

Conclusión

La TCMC, gracias a las reconstrucciones multiplanares, permite estudiar con detalle la cavidad abdominal, identificar los distintos tipos de hernia, el contenido del saco herniario, así como las posibles complicaciones, hallazgos todos ellos de gran importancia para el adecuado manejo terapéutico del paciente.

C0047 PRESENCIA DE APENDICOLITOS COMO FACTOR DE SEVERIDAD EN APENDICITIS AGUDAS.

María Elena Carreter de Granda, Zulema Fernández Temprano, Ainize Cancho Salcedo, Belén Múgica Alcorta, Estibaliz Montejo Rodrigo, Nerea García Garay Hospital de Galdakao. Servicio de Radiodiagnóstico. - Bº Labega S/N

Objetivos

Analizar la presencia de apendicolitos como factor de severidad en apendicitis agudas.

Material y Método

Se revisan los hallazgos de imagen en apendicitis agudas, apendicolitos y complicaciones, y se relacionan.

Resultado

Hay apendicolitos en un 15-30% de apendicitis y se han relacionado con severidad, perforación, recurrencias tras tratamiento conservador y fallo del tratamiento antibiótico. El diagnóstico de apendicitis aguda es esencialmente clínico pero las pruebas de imagen han disminuido significativamente el porcentaje de apendicectomías negativas, siendo además útiles en la estratificación del riesgo y la elección del tratamiento óptimo (apendicectomía vs. tratamiento antibiótico)

La ecografía abdominal detecta apendicolitos en el 25% de los casos; la TC del abdomen tiene una sensibilidad del 65% y especificidad del 86%.

En nuestro estudio encontramos apendicolitos en muchos casos de apendicitis agudas complicadas.

Conclusión

La presencia de apendicolitos se asocia con apendicitis severa. Este hallazgo puede ser útil para estratificar el riesgo y optimizar las opciones terapéuticas en pacientes con apendicitis aguda. Además, es importante informarlos, porque se ha descrito la complicación con abscesos posoperatorios en caso de no extirparlos.

C0050 VALORACIÓN CON TC MULTIDETECTOR DE LOS QUISTES HIDATÍDICOS COMUNICADOS CON LA VÍA BILIAR

Luis Gijón de la Santa¹, José Manuel Ramia Ángel², José Antonio Pérez Retortillo¹

¹ Hospital Universitario de Guadalajara Radiología - C/Donantes de sangre S/N

² Hospital Universitario de Guadalajara Cirugía General y del Aparato Digestivo - C/Donantes de sangre S/N

Objetivos

Valorar la utilidad del TC multidetector(TCMD) en la identificación de la comunicación de los quistes hidatídicos con la vía biliar para la planificación quirúrgica.

Realizamos revisión por imagen de los signos que indican comunicación cistobiliar.

Material y Método

Realizamos un estudio retrospectivo en el periodo de mayo de 2007 a mayo de 2011 en el que evaluamos a 88 pacientes con enfermedad hidatídica hepática.

La valoración se realizó con un TC de 64 multidetectores.

Los pacientes fueron diagnosticados de enfermedad hidatídica mediante estudios radiológicos, serológicos y/o anatomopatológicos.

Resultado

De los 88 pacientes con enfermedad hidatídica hepática se realizó intervención quirúrgica en 50(57%). Se confirmó la presencia de comunicación cistobiliar durante el procedimiento quirúrgico en 11 casos(22% de los operados), de los cuales 4 habían sido diagnosticados previamente mediante TC(34%).

Conclusión

La comunicación del quiste hidatídico con la vía biliar esta descrita en la literatura hasta en un 90% de los casos. Estos datos se refieren a la incorporación de pequeños radicales biliares a la periquística durante el crecimiento del quiste. Comunicaciones evidentes ocurren únicamente en un 5 a 15% de los casos.

Los signos directos en TCMD son la identificación de un defecto en la pared del quiste, de la propia comunicación o el paso de material del quiste a la vía biliar.

Los signos indirectos incluyen la presencia de niveles líquido-líquido/grasa-líquido y la dilatación de la vía biliar, sin embargo este último hallazgo no siempre indica comunicación puesto que puede estar en relación con dilatación por compresión o con otro tipo de patologías asociadas(coledocolitiasis...).

Es relevante conocer los hallazgos por imagen debido a la modificación de la actitud terapéutica que conllevan. Si se demuestra comunicación en la TC es necesario la realización de una CPRE preoperatoria para la planificación quirúrgica.

El TCMD ha demostrado utilidad en la valoración de la comunicación cistobiliar franca.

C0054 HABLANDO DE QUISTES RENALES... NO TODO ES TAN "SIMPLE"

Cristina Parrilla Muñoz, Tatiana Serna Castro, Cristina Soto Sarrión, Juan Pablo Ruiz Gutiérrez, Gerardo Silla Burdalo, Sara Sánchez Rodríguez

Hospital Clínico Universitario de Valencia Radiodiagnóstico - Avda Blasco Ibáñez 17

Objetivos

• Describir las características de imagen en ecografía, tomografía computerizada (TC) y resonancia magnética nuclear (RMN) de los quistes renales simples y complicados.

• Establecer el diagnóstico diferencial entre quiste renal simple y complicado y otras masas quísticas potencialmente malignas y benignas.

• Breve descripción de las patologías donde encontramos quistes renales múltiples.

Material y Método

Los quistes renales representan la patología benigna renal más frecuente, pudiéndose encontrar de forma solitaria, bilateral o múltiple. Su frecuencia aumenta con la edad, y están presentes en más del 50% de la población mayor de 55 años. La mayoría de veces los encontramos como incidentalomas en ecografías, TC o RMN realizadas por otros motivos y deben cumplir los criterios de quiste simple para poder hacer un diagnóstico fiable de quiste simple ante una masa quística renal. Con la

clasificación de Bosniak podemos caracterizarlos y actuar en consecuencia.

Conclusión

Ante una masa quística que no cumple las características de quiste simple debemos hacer el diagnóstico diferencial de ésta con un quiste renal complicado, un absceso, un hipernefroma quístico, un tumor renal quístico multilocular y la enfermedad renal quística localizada.

Si encontramos quistes renales múltiples tenemos que considerar la posibilidad de que se trate de quistes simples múltiples, sobre todo ante pacientes mayores de 50 años y sin historia de patología quística personal ni familiar y hacer el diagnóstico diferencial con la enfermedad renal poliquistica autosómica dominante, Von Hippel-Lindau, esclerosis tuberosa o una enfermedad renal quística adquirida.

C0055 LESIONES NODULARES HEPATICAS BENIGNAS DETECTADAS EN US: COMO LLEGAR AL DIAGNOSTICO DEFINITIVO MEDIANTE RM.

Tatiana Serna Castro, Cristina Parrilla Muñoz, Juan Pablo Ruiz Gutiérrez,

Gerardo Silla Burdalo, Sara Sánchez Rodríguez, Raquel Sánchez Oro

Hospital Clínico Universitario de Valencia Radiodiagnóstico - Av. Blasco Ibáñez

Objetivos

Llegar al diagnóstico definitivo de lesiones nodulares hepáticas benignas mediante RM.

Material y Método

Se hizo un análisis retrospectivo de casos, tomados de la base de datos del hospital clínico universitario de valencia, de pacientes en seguimiento ecográfico de lesiones nodulares hepáticas benignas como: quistes, hemangiomas, adenomas e hiperplasia nodular focal, que en el momento diagnóstico inicial requirieron completar su estudio con rm para llegar al diagnóstico correcto, identificando las características en RM de cada una de estas.

Resultado

Los quistes hepáticos en ecografía aparecen como lesiones nodulares hipocogénicas bien definidas con refuerzo posterior. En RM, en t1 como imágenes hipointensas, en t2 como imágenes hiperintensas y con contraste no muestran aumento de señal. Los hemangiomas en la ecografía son masas hiperecogénicas homogéneas de bordes finos, redondeados o lobulados. En RM son lesiones hipointensas en t1 e hiperintensas en t2. En el estudio dinámico presentan aumento de señal desde afuera hacia adentro en la fase arterial y realce homogéneo hiperintenso en la fase portal. Los adenomas en ecografía pueden verse como lesiones bien definidas hiper o hipocogénicas, algunas de ellas con áreas pseudoquisticas o heterogéneas en su interior. En RM se visualizan como una masa hipointensa en t1 con áreas hiperintensas si hay sangrado; hiperintensa en t2 y con aumento de realce de forma homogénea en rm con contraste. La hiperplasia nodular focal aparece como una lesión isoecoica que con el doppler color presenta un patrón vascular de radios en rueda. En la rm vemos lesiones únicas bien delimitadas con cicatriz central estrellada, isointensas o hipointensas en t1, isointensas en t2 y con rapido aumento de señal homogéneo e hiperintenso en t1 con contraste seguido de un lavado precoz.

Conclusión

Es importante llegar al diagnóstico de algunas lesiones nodulares hepáticas mediante RM para confirmar el carácter benigno de las mismas y evitar tratamientos inadecuados o infravalorar lesiones malignas.

C0056 COMPLICACIONES SECUNDARIAS A UNA ESPONDILODISQUITIS.

Laura Díaz Mallo, Nimar Núñez Vila, Juan Manuel LLanos Gómez, Raúl de Armas Perdomo, Víctor Vázquez Sánchez, Jesús Ignacio Vivanco Garbayo HUNSC

Objetivos

Descripción de las complicaciones derivadas de una espondilodisquititis.

Material y Método

Se presenta el caso de un paciente varón de 52 años ingresado por

síndrome constitucional y anemia a estudio, que durante su ingreso presenta ITU por *Candida Albicans*. Se realiza el estudio mediante un TC de abdomen y pelvis con contraste intravenoso yodado en fase portal.

Resultado

Paciente varón de 52 años ingreso por síndrome constitucional y anemia a estudio que durante su ingreso sufre ITU por *Candida Albicans* y posteriormente, una parada cardiorrespiratoria tras la cual se solicita estudio de imagen complementaria.

Se realiza TC de abdomen y pelvis con contraste intravenosos en fase portal en el que se objetiva:

- Destrucción del cuerpo vertebral L2 con afectación de los espacios intervertebrales adyacentes, con colección epidural anterior que se extiende desde cuerpo vertebral L2 hasta S2, de paredes gruesas y realzadas que impresiona de absceso epidural.

- Múltiples colecciones en ambos músculos psoas que se extienden caudalmente a ambos músculos ilíacos y cranealmente, a retrocrura.

- Colecciones en músculos glúteo medio izquierdo, glúteo mayor derecho y espinal derecho.

Estos hallazgos impresionan de patología infecciosa tipo espondilodiscitis complicada con múltiples abscesos retroperitoneales y en musculatura glútea.

Conclusión

La presencia de múltiples abscesos retroperitoneales y en musculatura glútea empeoró el pronóstico del paciente, que tras antibioterapia intensiva e intervención quirúrgica para tratar de colocar drenajes, falleció. Por lo que no fue posible filiar el origen de la espondilodiscitis, pero no constaba en la historia del mismo antecedentes quirúrgicos o instrumentación sobre la columna, asumiendo como causa etiológica una espondilodiscitis infecciosa espontánea, la cual debe sospecharse si el dolor que presenta el paciente se acompaña de fiebre, leucocitosis o en el contexto de una enfermedad bacteriémica actual o previa.

C0057 ¿METÁSTASIS DUODENAL DE CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES?

Laura Díaz Mallo, Nimar Núñez Vila, Adrián Amador Robayna, Juan Manuel Llanos Gómez, Raúl de Armas Perdomo, Amelia Muñoz Hernández
HUNSC

Objetivos

Descripción de una localización poco frecuente de metástasis en un carcinoma de células renales.

Material y Método

Se presenta el caso de una mujer de 45 años con antecedentes de nefrectomía izquierda por Carcinoma de células renales que se realiza controles periódicos mediante pruebas de imagen.

Se realiza el estudio mediante TC de abdomen pelvis con contraste intravenoso multifásico.

Resultado

Paciente mujer de 45 años con antecedentes personales de Carcinoma de células renales tratado mediante nefrectomía, que se realiza TC de control.

Se realiza TC de tórax, abdomen y pelvis en el que se observa una gran masa de partes blandas en segunda porción duodenal, sólida heterogénea, mal delimitada, de aspecto vegetante, hipervascular, de predominio intraluminal, si bien, presenta componente extraluminal que pierde planos con la cabeza pancreática. Estos hallazgos impresionan de proceso neoforativo, siendo la metástasis de carcinoma renal la primer posibilidad.

Esta paciente también presentaba múltiples metástasis pulmonares y hepáticas.

Conclusión

El carcinoma de células renales tiende a invadir directamente estructuras adyacentes como la vena renal (23%), vena cava inferior, músculos (psoas, diafragma, cuadrado lumbar) y vísceras. Metástasiza a ganglios linfáticos locales con frecuencia, y a pulmón, hígado, hueso, suprarrenal, riñón contralateral y cerebro, por orden decreciente de frecuencia.

Debido al aspecto y localización de la masa duodenal se planteó el diagnóstico diferencial con un GIST. Tal posibilidad fue desestimada tras la realización de biopsia, lo que hace de éste un caso singular por la localización tan poco frecuente de una metástasis (en duodeno).

C0058 ESTUDIO POR IMAGEN DEL BEZOAR

María Pina Pallín¹, Reyes Petruzzella Lacave², Elena Núñez Miguel², Luis Ruiz García¹, Laura Casadiego Matarranz¹, Rubén Darío Gómez Mora¹

¹ Hospital Clínico Universitario Valladolid - Calle Ramón y Cajal S/N

² Hospital Universitario Río Hortega - Calle Dulzaina S/N

Objetivos

Material y Método

Presentamos 5 casos con diagnóstico de bezoar recogidos en nuestro centro en el último año. Revisamos sus historias clínicas y sus pruebas de imagen.

El diagnóstico radiológico se obtuvo mediante radiografía simple, estudio con bario y TC abdominal.

Resultado

El bezoar es una masa compuesta de restos alimenticios no digeridos, que se suele formar en el estómago. Si se fragmenta y entra en el intestino delgado, puede impactarse produciendo un cuadro de obstrucción intestinal.

Se clasifican según su composición, por vegetales y frutas sin digerir, por pelo, concreciones lácticas o medicamentos. En todos nuestros pacientes estaba formado por frutas y fibra vegetal (fitobezoar).

Clínicamente, tres pacientes se estudiaron de forma ambulatoria por pesadez gástrica, dispepsia y flatulencias, y dos de ellos acudieron al servicio de urgencias por un cuadro de vómitos y distensión abdominal, con diagnóstico de obstrucción de intestino delgado.

Entre los antecedentes personales encontramos: cirugía gástrica y resección intestinal; falta de piezas dentarias y mala masticación; estenosis por neoplasia pilórica. Ninguno asoció trastorno psiquiátrico.

En los estudios de imagen lo describimos como una masa ovalada, con patrón "en miga de pan", localizada en estómago o intestino delgado. La técnica más precisa es la TC abdominal, ya que permite identificar causa, localización y grado de obstrucción intestinal, así como la existencia de otros bezoares.

Conclusión

La formación de un bezoar puede ser relativamente frecuente, y ser causa de abdomen agudo por obstrucción de intestino delgado. De sus factores predisponentes el más importante es la cirugía gástrica previa. Para si diagnóstico la técnica de elección es la TC.

Presentar un caso de pielitis incrustante sobre riñones nativos.

- Describir cuáles son los principales hallazgos clínicos, analíticos y radiológicos (fundamentalmente en la ecografía y en la TC) que caracterizan a la pielitis incrustante, para así poder llegar a un correcto diagnóstico.

C0059 TORSIÓN MESENTÉRICA COMO COMPLICACIÓN DE LINFANGIOMA MESENTÉRICO EN EL ADULTO

Mar Pérez-Peña del Llano¹, Irene Gutiérrez Pérez¹, Cristina González Huerta¹, Elena Guerra del Barrio¹, Ignacio Hevia Lorenzo², Manuel Herrero Montoto², María Begoña González Martínez³

¹ Hospital Vital Álvarez-Buylla Radiodiagnóstico

² Hospital Vital Álvarez-Buylla Cirugía General y Digestiva

³ Hospital Vital Álvarez-Buylla Anatomía Patológica

Objetivos

Exponer un caso de linfangioma mesentérico en un varón adulto que se presenta como un cuadro de abdomen agudo por torsión mesentérica. Revisión bibliográfica del linfangioma mesentérico y de sus complicaciones

Material y Método

Presentación de un caso de un varón de 35 años, sin antecedentes de interés, que se presenta en el servicio de urgencias con fiebre y dolor abdominal agudo, más acusado en región hipogástrica y de fosa iliaca izquierda.

En la exploración física se observa dolor a la presión y sensación de masa en FII.

Se realiza ecografía y TC abdominal con contraste endovenoso urgente

Resultado

En la ecografía se observan varias tumoraciones anecogénicas, con septos, localizadas en la región periumbilical y de fosa iliaca izquierda. El CT abdominopélvico con contraste endovenoso muestra una gran tumoración que se extiende por el mesenterio, formada por varias tumoraciones nodulares de baja densidad, que sigue los vasos mesentéricos y que está en contacto con la pared de un asa intestinal. También se observa el signo del remolino en los vasos mesentéricos, que indican la torsión del mismo, como causa del dolor abdominal agudo.

El paciente es intervenido de urgencia con diagnóstico final de linfangioma mesentérico con torsión del mesenterio intestinal.

Conclusión

Los linfangiomas mesentérico son tumoraciones raras en el adulto y se suelen presentar como masas voluminosas que pueden producir cuadros de torsión mesentérica debido al tamaño, flacidez y movilidad de las mismas, que puede provocar la rotación sobre los vasos mesentéricos. El linfangioma mesentérico ha de ser incluido en el diagnóstico diferencial de causa infrecuente de torsión mesentérica. La revisión bibliográfica muestra pocos casos de linfangioma mesentérico complicados con torsión mesentérica.

C0061 TROMBOSIS PORTAL TRAS ESPLENECTOMÍA LAPAROSCÓPICA POR PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA (PTI): DESCRIPCIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

M^a Elena Carreter de Granda, Zulema Fernández Temprano, Ainize Cancho Salcedo, Estibaliz Gómez Jiménez, Karmele Armendáriz Tellitu, Elena Ingunza Loizaga

Hospital de Galdakao Servicio de Radiodiagnóstico - B^o de Labeaga S/N

Objetivos

Describir un caso de trombosis portoesplénica (TPE) tras esplenectomía laparoscópica por PTI y revisar la literatura.

Material y Método

Varón de 36 años con PTI terapia-resistente, al que se realiza esplenectomía laparoscópica sin incidencias, obteniéndose múltiples fragmentos de tejido esplénico (185g;12x8 cm) con hiperplasia nodular focal y dilatación sinusoidal, compatibles con el diagnóstico.

A los 20 días presenta dolor abdominal de 24 horas de evolución con leucotrombocitosis.

En la ECO-Doppler abdominal se evidencia trombosis del eje espleno-mesentérico-portal.

Se instaura tratamiento con HBPM y acenocumarol, con evolución favorable.

Resultado

La PTI es una enfermedad autoinmune caracterizada por trombopenia y hemorragias.

Si falla el tratamiento esteroideos/gammaglobulinas, se indica esplenectomía.

La técnica laparoscópica es de elección.

La TPE tras esplenectomía es una complicación de incidencia variable: 10% en ECO-Doppler, 55% en TC con contraste.

Aunque raro, puede ser causa de muerte (más si hipertensión, trombosis de la vena mesentérica e isquemia intestinal). A largo plazo provoca hipertensión portal extrahepática.

Son factores de riesgo: tamaño del bazo y vena esplénica, hiperesplenismo, anemia hemolítica, linfomas.

La clínica aparece entre el 5^o-15^o día post-laparoscopia y es inespecífica. Su diagnóstico se basa en pruebas de imagen:

ECO-Doppler abdominal: Material ecogénico endoluminal (67%), aumento del diámetro portal (57%), circulación colateral portosistémica, aumento de tamaño del segmento trombosado (18%) y ausencia de flujo.

TC con contraste: Defecto intraluminal total o parcial de baja atenuación con halo hiperdenso.

Angio-RM: Ausencia de flujo portal con trombo endoluminal.

El tratamiento consiste en anticoagulación.

Normalmente, los pacientes tratados en los primeros 10 días evolucionan favorablemente, con recanalización en el 90%.

Conclusión

La TPE tras esplenectomía es una complicación de incidencia subestimada, que aumenta si la técnica es laparoscópica y tiene una importante morbimortalidad.

Habitualmente presenta una clínica inespecífica, por lo que son importantes un diagnóstico por imagen y tratamiento precoces.

C0063 DILATACIÓN ANEURISMÁTICA INTESTINAL. UNA FORMA DE PRESENTACIÓN DEL LINFOMA PRIMARIO DE INTESTINO DELGADO.

Cristina González Huerta, Irene Gutiérrez Pérez, Mar Pérez-Peña del Llano, Elena Guerra del Barrio, Lorenzo Pástor Hernández, Cecilia Quispe León Hospital Álvarez-Buylla, Mieres Radiodiagnóstico - Murias s/n Mieres (Asturias)

Objetivos

Describir las características radiológicas del linfoma primario de intestino delgado, revisar otras lesiones que cursan con dilatación aneurismática intestinal e ilustrar esta entidad con un caso de nuestro centro.

Material y Método

Se presenta la historia clínica, pruebas complementarias y hallazgos en las pruebas de imagen de un paciente con linfoma intestinal, con dilatación aneurismática y extensión mesentérica y retroperitoneal. Se revisa la bibliografía.

Resultado

El linfoma representa el 15-20% de las neoplasias de yeyuno e ileon. Son habitualmente linfoma no Hodgkin (2/3 tipo B).

Su localización más frecuente es el ileon.

Suelen ser lesiones solitarias. Son múltiples en un 10-25%.

Ecográficamente son hipocogénicos. El hallazgo más frecuente es el engrosamiento circunferencial de la pared, pudiendo demostrar dilatación aneurismática o invaginación.

En TC pueden presentarse como múltiples defectos nodulares, lesiones polipoideas, masa intraluminal o masas ganglionares mesentéricas. El aspecto típico es un marcado engrosamiento mural de un segmento intestinal relativamente largo y transición gradual con la pared normal. A menudo se extiende al mesenterio y ganglios regionales. Pueden ulcerarse, perforar el asa y producir absceso mesentérico estéril ó trayectos fistulosos. La linfomatosis peritoneal y obstrucción intestinal son raras.

El engrosamiento mural con dilatación aneurismática de la luz se ha descrito en el linfoma, aunque también en un número reducido de entidades neoplásicas como el GIST, leiomioma intestinal y recientemente en metástasis de carcinoma broncogénico de células no pequeñas o de melanoma. La característica común es la infiltración transmural con destrucción de la muscular propia y plexo mesentérico, disminuyendo la tonicidad de la pared.

Conclusión

Conocer las características radiológicas típicas del linfoma primario de intestino delgado ayuda a mejorar la precisión diagnóstica y enfocar el tratamiento.

El TC es la técnica de elección para su diagnóstico, seguimiento y extensión, permitiendo el diagnóstico diferencial.

C0064 INFARTO OMENTAL MASIVO

Luis Gijón de la Santa, José Antonio Pérez Retortillo, Eugenio Calle Irastorza
Hospital Universitario de Guadalajara Radiología - C/ Donantes de Sangre S/N

Objetivos

Ilustrar una causa poco habitual de dolor en flanco y fosa iliaca derecha (FID).

Material y Método

Paciente que acude al servicio de urgencias con dolor en fosa iliaca derecha, vómitos y fiebre. En la analítica destacó la presencia de leucocitosis y reactantes de fase aguda.

Ante la sospecha de apendicitis se realizó un TC con un equipo de 64 detectores tras la administración de contraste intravenoso.

Resultado

La exploración reveló una extensa zona de trabeculación de la grasa mesentérica en vacío y FID con extensión a través de una hernia inguinal. Se identificó torsión de su eje vascular. Se realizó el diagnóstico de infarto omental confirmandose en la cirugía posterior.

Conclusión

El infarto omental es una causa rara de dolor en FID que simula clínicamente una apendicitis. Es una entidad poco frecuente debido a la presencia de abundante circulación colateral. Se produce por compromiso vascular, bien sea de origen primario o secundario (potsquirúrgico, traumático o inflamatorio). Puede existir torsión vascular asociada o no, en estos últimos casos suele deberse a insuficiencia venosa o trombosis. Los factores predisponentes son la obesidad, la insuficiencia cardíaca, esfuerzos extenuantes (típicamente en maratonianos por disminución del aporte sanguíneo local) o antecedentes de traumatismos o cirugías. También se ha descrito en relación con la presencia de hernias omentales. Los hallazgos por TC consisten en una trabeculación de la grasa omental con efecto masa habitualmente localizada en el cuadrante inferior derecho. Tras la administración de contraste no se evidencia realce. Se puede identificar torsión vascular asociada.

Su principal diagnóstico diferencial es la apendagitis epiploica aunque el infarto omental carece del típico halo de alta densidad descrito en la apendagitis y suelen ser más extensos (mayores de 5 cm).

Es necesario que tanto el radiólogo experto como el radiólogo en formación conozcan esta entidad para realizar un diagnóstico preciso en situaciones de urgencia.

C0071 IMAGEN RADIOLÓGICA DE LOS TUMORES DESMOIDES ABDOMINALES

Cristina Parrilla Muñoz, Gerardo Silla Búrdalo, Tatiana Serna Castro, Raquel Sánchez Oro, Juan Pablo Ruiz Gutiérrez, Sara Sanchez Rodríguez
Hospital Clínico Universitario de Valencia Radiodiagnóstico - Avenida Blasco Ibañez, 17

Objetivos

Describir las características radiológicas y formas de presentación de los tumores desmoides abdominales.

Material y Método

Revisión retrospectiva de los hallazgos radiológicos en el diagnóstico y evolución de los pacientes diagnosticados de tumor desmoide abdominal.

Resultado

La mayoría de los tumores desmoides se dan en mujeres de forma esporádica, secundarios a traumatismo, gestación o tratamiento con estrógenos, o dentro del síndrome de Gardner, en pared abdominal, mesenterio y cavidad pélvica. Pueden atrapar estructuras vecinas y dar complicaciones como obstrucción intestinal o hidronefrosis. La ecogenicidad es variable, según el grado de fibrosis y vascularización, y los bordes tumorales pueden estar bien o mal definidos.

En TC la atenuación es homogénea y similar a la del músculo, pudiendo presentar los de gran tamaño áreas de hipodensidad por necrosis. Los

de pared abdominal tienen límites bien definidos y pueden cruzar la línea media. Los mesentéricos pueden ser únicos o múltiples y tienen distintas presentaciones: como masa de partes blandas de paredes bien definidas, como masa de partes blandas con escasa diferenciación, como ramificaciones que infiltran el mesenterio o como área de fibrosis con crecimiento en el interior del mesenterio. En RM se presentan como masas hipointensas con respecto al músculo en secuencias potenciadas en T1 y de intensidad variable en las potenciadas en T2.

Los tumores desmoides mayores de 10 cm se asocian a mayor índice de recurrencia.

Conclusión

El tumor desmoide es un tumor benigno que infiltra estructuras vecinas, con tendencia a la recurrencia que en abdomen puede localizarse en pared abdominal, mesenterio o pelvis, y que tiene unas características de imagen útiles para que el radiólogo pueda dar una correcta aproximación diagnóstica, caracterización del tumor, relación y atrapamiento de estructuras vecinas, aparición de complicaciones y seguimiento postratamiento.

C0073 ESTUDIO COMPARATIVO DEL FUNCIONALISMO RENAL MEDIANTE URO-RESONANCIA MAGNÉTICA FRENTE AL RENOGRAMA ISOTÓPICO

Marta Vera Cartas¹, Luis Riera Soler², Ana Sierra Vinuesa³, Manuel A Díaz Argüello⁴, José María Abascal Junquera⁴, Eulalia Oliva Brañas⁵

¹ idcsalud Hospital General de Catalunya Servicio de Diagnóstico por la imagen. Sección de Radiología Abdominal - Calle Pedro I Pons, 1 08915 Sant Cugat del Vallès, Barcelona, España

² UDIAT-CD. Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí Servei de Diagnòstic per la imatge. Secció de Radiologia Pediàtrica - Parc Taulí, 1 | 08208, Sabadell, Espanya

³ idcsalud Hospital General de Catalunya Servicio de Diagnóstico por la imagen. Sección de Radiología Abdominal - Calle Pedro I Pons, 1 08915 Sant Cugat del Vallès, Barcelona

⁴ idcsalud Hospital General de Catalunya Servicio de Urología - Calle Pedro I Pons, 1 08915 Sant Cugat del Vallès, Barcelona

⁵ idcsalud Hospital General de Catalunya Servicio de Diagnóstico por la imagen. - Calle Pedro I Pons, 1 08915 Sant Cugat del Vallès, Barcelona

Objetivos

El funcionalismo renal ha sido clásicamente valorado mediante técnicas de medicina nuclear como es el renograma isotópico, tanto para la valoración del filtrado glomerular, cálculo de la función renal diferencial o estudio de trastornos de la vía urinaria.

El objetivo de nuestro trabajo es introducir la utilidad de la uro-resonancia magnética para el estudio de la función renal, comparando los resultados obtenidos con esta técnica con los del renograma y considerando el valor morfológico que nos aporta la resonancia.

Material y Método

Se realiza un estudio mediante uroRM de un total de 8 pacientes, 2 de ellos en edad pediátrica, uno de los cuales sin renograma isotópico. El total de pacientes incluidos pues son un total de 7, 6 hombres y 1 mujer, con diagnósticos de sospecha de estenosis de la unión pieloureteral (5 de ellos) y de duplicación renal (2 de los casos).

Resultado

En los 6 casos con cifrado del funcionalismo renal se ha objetivado una concordancia de resultados, siendo de funcionalismo alterado con obstrucción severa en uno de los casos; de obstrucción compensada y leve retraso de eliminación en otro de ellos; dos casos con anulación funcional de un riñón y dos otros casos con funcionalismo conservado evidenciado tanto en uroRM como en renograma.

Es importante destacar que la uroRM ha aportado datos añadidos al renograma, como han sido en 2 de nuestros casos; en uno de ellos se objetivó una duplicación incompleta de la vía urinaria y un quiste atípico, y en otro se valoró una importante atrofia parenquimatosa con adelgazamiento cortical y anulación funcional renal.

Conclusión

Nuestros resultados pueden concluirse en que existe una correcta correlación con lo que respecta al funcionalismo renal entre la uroRM y el renograma, con el valor añadido de que la uroRM permite obtener en un solo estudio datos funcionales y morfológicos renales.

C0074 ESPECTRO DE IMAGEN RADIOLÓGICA DEL ADENOCARCINOMA GÁSTRICO

Cristina Parrilla Muñoz, Gerardo Silla Búrdalo, Sara Sanchez Rodríguez, Juan Pablo Ruiz Gutierrez, Tatiana Serna Castro, Carolina Oviedo Muñoz
Hospital Clínico Universitario de Valencia Radiodiagnóstico - Avenida Blasco Ibañez, 17

Objetivos

Caracterizar las distintas presentaciones radiológicas y diagnóstico diferencial del adenocarcinoma gástrico según su patrón de crecimiento y vías de diseminación.

Material y Método

Revisión retrospectiva y caracterización de las imágenes obtenidas en el diagnóstico de neoplasias gástricas con anatomía patológica de adenocarcinoma gástrico.

Resultado

Los adenocarcinomas gástricos tienen diversas presentaciones morfológicas en la radiología contrastada según su patrón de crecimiento en la pared gástrica, pudiendo ser polipoideo, nodular, en forma de pseudoplaaca, ulceración, como cráter ulceroso con nodularidad de la mucosa adyacente o tener un crecimiento exofítico.

En ecografía puede verse una masa lobulada si son polipoideos o un engrosamiento de pared hipoecoico con pérdida en la diferenciación de capas, con emisión de señal doppler por neoformación de vasos, pérdida del peristaltismo y con centro ecogénico por contenido aéreo o presencia de moco, que se puede acompañar de adenopatías localregionales y/o metástasis.

En TC se puede presentar como una masa polipoidea intraluminal con o sin ulceración, como un engrosamiento focal o difuso de la pared gástrica con pérdida de los pliegues o como una masa con crecimiento exofítico. Puede acompañarse de adenopatía localregional, implantes peritoneales, infiltración de ligamentos mesentéricos vecinos (gastrohepático, gastrocólico, duodenocólico o gastroesplénico), así como metástasis, principalmente hepáticas.

Conclusión

El adenocarcinoma gástrico es la neoplasia gástrica más frecuente. Las formas de presentación y vías de diseminación, linfática, hematogena, peritoneal y a través de estructuras mesentéricas ligamentosas, permiten al radiólogo realizar una adecuada lectura e interpretación diagnóstica y diagnóstico diferencial con otros tumores como el linfoma gástrico, que también presenta engrosamiento de la pared gástrica, puede afectar a más de una región de tubo digestivo, tiene menor estenosis intraluminal y componente adenopático más generalizado, y con los tumores submucosos como el GIST o leiomioma cuando el adenocarcinoma tiene crecimiento exofítico.

C0075 PINZA AORTO-MESENTÉRICA, OTRA CAUSA MÁS DE DOLOR ABDOMINAL. REVISIÓN DE CASOS.

Cristina Antolín Pérez¹, Eugenia Nachón Suárez¹, Rubén Díez Rodríguez², Gabriela Rascarachi², Juan Ignacio López Fernández³
¹ Hospital El Bierzo RADIODIAGNÓSTICO - Calle médicos sin fronteras s/n 24411 Ponferrada, León
² Hospital El Bierzo Digestivo - Calle médicos sin fronteras s/n 24411 Ponferrada, León
³ Complejo Asistencial Universitario de León RADIODIAGNÓSTICO - C/ Altos de Nava s/n 24071 León

Objetivos

Presentar, a través de 3 casos, la clínica, hallazgos en imagen, tratamiento y evolución del Síndrome de la Pinza Aorto-Mesentérica para que esta

causa poco frecuente de obstrucción alta, sea una entidad en la que pensemos ante un determinado contexto y podamos, por tanto, diagnosticarla.

Material y Método

Estudio retrospectivo en el que se recogen 3 casos diagnosticados en los últimos 2 años en el Hospital El Bierzo.

Conclusión

La TC con contraste intravenoso y oral negativo es la mejor técnica de imagen para el diagnóstico del Síndrome de la Pinza Aorto-Mesentérica. Permite detectar el nivel de obstrucción, su causa, y, gracias a su capacidad para realizar reconstrucciones multiplanares, facilita la valoración de sus criterios objetivos de medida. Estos criterios son:
- medido en axial, distancia menor de 8 mm entre la aorta y la arteria mesentérica superior a la altura de la tercera porción duodenal y
- medido en sagital, ángulo menor de 22-25 grados entre la aorta y el origen de la arteria mesentérica superior.

C0076 PIELITIS INCRUSTANTE: HALLAZGOS EN ECOGRAFÍA Y TC. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Rocío Mora Monago, Tamara Zamorano Pozo, Yonil Gregorio Piña Alcántara, Luis Fernández De Alarcón, Milagros Milán Rodríguez, Jorge Antonio Nogales Montero
Complejo Hospitalario Universitario De Badajoz

Objetivos

Presentar un caso de pielitis incrustante sobre riñones nativos. Describir cuáles son los principales hallazgos clínicos, analíticos y radiológicos (fundamentalmente en la ecografía y en la TC) que caracterizan a la pielitis incrustante, para así poder llegar a un correcto diagnóstico.

Material y Método

Presentamos un caso de pielitis incrustante sobre riñones nativos en un paciente de 44 años con antecedentes personales de múltiples instrumentaciones previas sobre la vía urinaria (este paciente presentaba voluminosas litiasis vesicales que le condicionaban una uropatía obstructiva, por lo que requirió en varias ocasiones de cistolitotomias endoscópicas y abiertas y fue portador de nefrostomías percutáneas durante un largo periodo de tiempo).

Resultado

La TC sin contraste es la prueba de imagen de elección para la visualización de los depósitos de estruvita sobre las paredes del tracto urinario. Estos depósitos pueden cubrir el urotelio en forma de calcificaciones finas y regulares, o bien ser acúmulos gruesos e irregulares. Además, la TC puede mostrar el engrosamiento de la pared urotelial y en el caso de infecciones severas, cambios inflamatorios en la grasa perirrenal y periureteral.

Conclusión

La pielitis incrustante es una enfermedad infecciosa que se caracteriza por la presencia de incrustaciones de cristales de estruvita (fosfato amónico magnésico) sobre las paredes del sistema pielocalicial, extendiéndose a veces al uréter e incluso a la pared vesical (cistitis incrustante). Esta enfermedad fue descrita inicialmente en pacientes que habían sido sometidos a un trasplante renal. Sin embargo, posteriormente se comprobó que también puede ocurrir en pacientes no trasplantados, pero que han sufrido instrumentaciones previas sobre la vía urinaria.

Es de vital importancia realizar un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado, ya que esta entidad puede incluso conllevar la pérdida del injerto en el caso de riñones trasplantados.

C0077 SARCOMA DE EWING EXTRAÓSEO RETROPERITONEAL.

*Ena Alsina Seguí, Elisa Ramos Gavilá, Álvaro Julián Pérez, Zuleyma Sánchez Acevedo, Beatriz Pomares Rey, M. Remedios Alpera Tenza
H. General Universitario de Elche*

Objetivos

Con la exposición de este caso pretendemos dar a conocer una rara forma de presentación del sarcoma de Ewing (SE), concretamente el sarcoma de Ewing extraóseo (SEEO) de localización retroperitoneal.

Material y Método

Varón de 51 años, entre cuyos antecedentes destaca polimiositis con neumatía intersticial, en tratamiento inmunosupresor.

A raíz de cólico renal derecho resistente a analgesia se realiza TC abdomino-pélvico, objetivándose gran masa retroperitoneal derecha, predominantemente sólida, con áreas necróticas, sin evidencia de grasa ni calcificaciones, que contacta con psoas ipsilateral, desplaza asas intestinales, condiciona hidronefrosis derecha y engloba vena cava inferior, que se encuentra trombosada por tejido tumoral. Como diagnósticos diferenciales se apuntan liposarcoma, leiomiomasarcoma, e histiocitoma fibroso maligno. Se completa el estudio de imagen mediante RM abdomino-pélvica.

Resultado

El paciente se somete a exéresis del tumor, riñón derecho y vena cava infrarrenal, así como muestra del psoas y algunos ganglios linfáticos. El examen anatomopatológico revela que se trata de un SE con invasión del uréter derecho, vena cava inferior y psoas.

Tras varios ciclos de quimioterapia se produce recidiva y extensión adenopática locales, confirmado por PET-TC. Se suma entonces radioterapia, con mala tolerancia por parte del enfermo, quien finalmente fallece.

Conclusión

El SE se describió inicialmente como lesión ósea, generalmente en niños y adultos jóvenes. Actualmente se considera que los tumores de la familia del SE representan un grupo de neoplasias constituidas por células pequeñas y redondas, donde se incluyen SE óseo, SEEO, tumor neuroectodérmico primitivo periférico y tumor de Askin. Hasta un 20% aparecen en mayores de 18 años, y la distinción entre ellos se fundamenta en el grado de diferenciación celular y en la situación anatómica. Nuestro paciente manifiesta los hallazgos propios de los SEEO, si bien tanto su localización retroperitoneal como la posible relación con la enfermedad autoinmune de base confieren mayor excepcionalidad al caso.

C0079 PATOLOGÍA ABDOMINAL EXTRAVISCERAL

Jorge Antonio Nogales Montero, Rocio Mora Monago, Yonil Piña Alcantara, Alberto Sierra Solis

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz Radiodiagnóstico

Objetivos

- Conocer las principales enfermedades peritoneales y mesentéricas, incluyendo los procesos no tumorales y las neoplasias primarias y secundarias.

- Aprender las características radiológicas claves de cada entidad para realizar una correcta aproximación diagnóstica, con ayuda de los datos clínicos y epidemiológicos correspondientes.

Material y Método

Se revisa la literatura científica hasta la fecha actual correspondiente a enfermedades peritoneales y mesentéricas.

Resultado

La paniculitis mesentérica es una inflamación de la grasa mesentérica de etiología desconocida y constituye la forma aguda de la mesenteritis esclerosante.

Tanto el infarto omental como la apendagitis epiploica son necrosis grasas focales con resolución espontánea. La localización, el tamaño y la afectación de la pared intestinal serán claves para su diagnóstico diferencial.

Los procesos neoplásicos primarios en el mesenterio son infrecuentes y su origen es mayoritariamente mesenquimal. Entre las neoplasias benignas destaca el tumor desmoide, el mesotelioma quístico y el linfangioma. Los tumores malignos son más raros, destacando el mesotelioma peritoneal maligno y el tumor desmoplásico de células redondas pequeñas. Los sarcomas son difíciles de encontrar intraperitoneales; sin embargo, en el retroperitoneo son la neoplasia predominante.

El mesenterio es una importante vía de diseminación de procesos tumorales abdominales o incluso del resto del cuerpo. Las cuatro formas principales de extensión son: de forma directa (tumor carcinoide o Ca de colon), vía hematogena (melanoma o Ca de mama), linfática (linfoma) o siembra peritoneal (carcinomatosis peritoneal por Ca de ovario).

Conclusión

Más allá de los típicos casos de ascitis y peritonitis, existe un amplio espectro de patología abdominal extravisceral tumoral y de índole inflamatoria/infecciosa. Conociendo las principales características radiológicas de cada entidad y ayudándonos de la clínica y epidemiología, podremos acotar bastante el diagnóstico de la enfermedad.

C0081 SÍNDROME AÓRTICO AGUDO ABDOMINAL: EVALUACIÓN MEDIANTE ANGIO-TC.

*M^a Elena Carreter de Granda, Zulema Fernández Temprano, Estibaliz Gómez Jiménez, Elena Ingunza Loizaga, Nerea García Garay, Silvia López Romero
Hospital de Galdakao Servicio de Radiodiagnóstico - B^o Labeaga S/N*

Objetivos

Revisión de los hallazgos mediante Angio-TC de las complicaciones de aneurismas de aorta abdominal en nuestra casuística y en la literatura.

Material y Método

TÉCNICA:

- SIN CIV: Para reconocer el hematoma intramural y sangre en cavidad abdominal indicativa de rotura.
- CON CIV, en fase arterial, con un retraso de 25 segundos: Para un mejor diagnóstico de las complicaciones.

Resultado

HALLAZGOS:

Disección aórtica:

- SIN CIV: Desplazamiento hacia la luz de las calcificaciones intimaes. Alta atenuación de la luz falsa.
- CON CIV: Flap íntimo-medial que separa las luces verdadera y falsa. Se han de incluir en el informe:
 - La extensión.
 - Lugar del desgarramiento inicial.
 - Compromiso de colaterales (tronco celiaco, mesentéricas, renales, ilíacas).

- Presencia o no de rotura aórtica.

- Diferenciación entre las luces verdadera y falsa (beak/cobweb signs...).
- Diámetro de la luz falsa.

Hematoma intramural (IMH):

- SIN CIV: Imagen en pared de alta atenuación con forma de semiluna/anillo.

Desplazamiento de las calcificaciones intimaes.

Posible compromiso de la luz.

- CON CIV: Ausencia de realce.

Relación circunferencial constante con la pared aórtica.

Úlcera aterosclerótica penetrante (PAU):

- SIN CIV: Aterosclerosis extensa.

IMH de extensión variable.

Desplazamiento de las calcificaciones intimaes.

- CON CIV: Colección extravasada.

Lesiones únicas o múltiples.

Engrosamiento y realce parietales frecuentes.

Aneurisma aórtico inestable:

- SIN CIV: Alta atenuación de pared (signo de la media luna) indica hematoma o hemorragia de pared con rotura inminente.

- CON CIV: Extravasación de contraste sin rotura.

Conclusión

Los aneurismas de aorta abdominal son un hallazgo frecuente en TCMD realizados por otros motivos, pero es importante la técnica para el correcto diagnóstico de sus complicaciones, cuyo tratamiento varía.

Precisan intervención quirúrgica si inestabilidad hemodinámica, rotura, dolor persistente, embolia distal, aumento rápido del diámetro o aneurismas inestables.

El tratamiento puede ser médico en el resto, siendo indispensable el seguimiento mediante Angio-TC.

Es importante un informe completo que facilite la planificación quirúrgica si ésta es necesaria.

C0084 SÍNDROME PEUTZ-JEGHERS, A PROPÓSITO DE UN CASO.

*Antonio Hermosín Peña, Borja Toribio Calvo, Marta Sanchez Ronco, Isabel Jiménez Cuenca, Raul González Calvo, Julio Gallego Beuth
Hospital Clínico Universitario de Valladolid Radiodiagnóstico - Calle Ramón y Cajal 3, Valladolid*

Objetivos

Valorar mediante TC de abdomen la morfología y localización, así como el riesgo asociado y compromiso de varias imágenes polipoideas intraluminales en una paciente, mujer de 72 años, con probable afectación por síndrome de poliposis hereditaria.

Material y Método

Se realizó exploración mediante ecografía modo B y Doppler Color, siendo ésta poco concluyente. Más adelante se realizó TC de abdomen (General Electric de 64 detectores) sin y con contraste iodado endovenoso confirmando la existencia de múltiples masas dependientes de las paredes de intestino y con comportamiento endoluminal sugestivas de pólipos.

Resultado

Se confirmó la existencia de múltiples imágenes sólidas de aspecto polipoideo de hasta 1,5 cm. Isodensos y realizaban de forma homogénea tras la introducción de contraste. Se distribuían por prácticamente por todo el tracto gastrointestinal afectando tanto al marco cólico como a asas de delgado y cámara gástrica. Hallazgos compatibles con pólipos hamartomatosos en relación con Síndrome de Peutz-Jeghers.

El diagnóstico diferencial se plantea con otros síndromes de poliposis como pueden ser las poliposis adenomatosas (poliposis adenomatosa familiar, síndrome de Turcot, ...), las poliposis de contenido linfoideo, neural o de etiología incierta; u otras poliposis hamartomatosas (Juvenil, síndrome de Cowden,..). La valoración de los antecedentes familiares y la coexistencia de otros síntomas fue clave en el diagnóstico diferencial.

Conclusión

Existen numerosas entidades clasificadas entre los síndromes polipósicos. El síndrome de Peutz-Jeghers pertenece al grupo de las poliposis hamartomatosas. Se trata de una entidad poco frecuente de herencia autosómica dominante, caracterizada por la presencia de múltiples pólipos en el tracto gastrointestinal asociado a hiperpigmentación de mucosas, sobre todo labios y boca. Clásicamente el diagnóstico diferencial no se basa tanto en la imagen si no en los antecedentes familiares y otros síntomas y/o signos asociados. A pesar de ello, cada vez más, se está empleando el uso de diferentes técnicas radiológicas para una mejor caracterización.

C0085 QUISTE DEL CONDUCTO DE NUCK, NUESTRA EXPERIENCIA.

*Rosa M^a Farach Barroso, Jose Carlos Pérez Tejada, M^a Carmen Blanco Bruña
HUV Valme radiodiagnóstico*

Objetivos

El quiste del canal de Nuck (QCN), también conocido como hidrocele femenino, es una entidad poco frecuente, que rara vez es sospechada.

Los

Objetivos de este trabajo son:

1. Dar a conocer la semiología del QCN en las distintas pruebas de diagnóstico por la imagen.
2. Mostrar imágenes diagnósticas del QCN.
3. Describir su diagnóstico diferencial

Material y Método

Realizamos una revisión de los casos de QCN diagnosticados en nuestro hospital en relación con la sospecha clínica que justificó la exploración.

Revisamos los estudios de imagen realizados, seleccionamos y describimos las imágenes más ilustrativas.

Realizamos una búsqueda bibliográfica y analizamos la utilidad de las distintas técnicas de diagnóstico por la imagen en esta entidad.

Resultado

El proceso peritoneo-vaginal, llamado canal de Nuck en la mujer, es un repliegue tubular del peritoneo que se invagina en el canal inguinal terminando en los labios mayores. En la mujer se oblitera completamente en el periodo perinatal. El cierre incompleto de su porción media origina el QCN.

Describimos y exponemos los hallazgos más característicos encontrados en las pruebas de radiodiagnóstico de pacientes diagnosticados de QCN.

El diagnóstico se realiza mediante ecografía.

Para completar el estudio, o lo que es más frecuente, ante la sospecha de otras entidades, con la que comparte similitudes clínicas (hernia inguinal, hernia crural, adenopatías, neoplasias benignas y malignas, patología inflamatoria y ginecológica), se puede realizar su diagnóstico mediante TC o RM.

En ningún caso de los expuestos el QCN forma parte de la sospecha clínica, siendo por tanto en todos ellos un diagnóstico radiológico.

Conclusión

El escaso conocimiento de esta patología, así como los errores diagnósticos que suele conllevar tanto en la práctica clínica, como en el estudio radiológico, justifican una revisión de la literatura médica y la exposición de estos casos.

C0086 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ANTE EL HALLAZGO DE UNA MASA RENAL SÓLIDA.

*Cristina Parrilla Muñoz, Tatiana Serna Castro, María José Moreno Gómez, Rocío Gil Viana, Raquel Sánchez Oro, Julio Palmero Da Cruz
Hospital Clínico Universitario de Valencia Radiodiagnóstico - Avda Blasco Ibáñez 17*

Objetivos

- Describir las características en ecografía y tomografía computerizada (TC) de las principales masas sólidas renales.
- Resaltar los datos claves para hacer el diagnóstico diferencial ante el hallazgo de una masa renal sólida.

Material y Método

Se revisa de forma retrospectiva diferentes pacientes a los que se les realizó ecografía, TC y/o RM en nuestro hospital en los que se encontraron masas renales sólidas, observando las características de éstas y destacando sus principales diferencias.

Resultado

El carcinoma de células renales representa el 90% de las masas sólidas renales. Cuando son de gran tamaño presentan una morfología polilobulada, heterogénea, tanto en ecografía como en TC, siendo la mayoría hipervasculares y con un realce heterogéneo en TC tras la administración de contraste intravenoso. Cuando tienen un tamaño menor de 3 cm suelen compartir características con otras lesiones benignas, lo que hace más difícil su diagnóstico diferencial.

Conclusión

Ante una masa sólida renal de gran tamaño, polilobulada, heterogénea, con calcificaciones groseras en su interior o áreas de necrosis y hemorragia pensaremos en primer lugar en un carcinoma de células renales.

Masas sólidas hiperecogénicas en ecografía e hipodensas en TC con densidad grasa en su interior nos orientan hacia un angiomiolipoma.

Masas sólidas con realce homogéneo y cicatriz estrellada hipodensa central es típico del oncocitoma.

Tanto las metástasis como el linfoma es frecuente encontrarlos en TC como lesiones focales hipodensas tras la administración de contraste intravenoso, bilaterales y múltiples, donde los antecedentes personales del paciente nos ayudarán para su diferenciación.

C0088 COMPLICACIONES DEL DIVERTÍCULO DE MECKEL EN ADULTOS.

María Pina Pallín¹, Israel Sánchez Lite¹, Reyes Petruzzella Lacave², Rubén Gómez Mora¹, Elena Nuñez Miguel², Julio Gallego Beuth¹

¹ Hospital Clínico Universitario de Valladolid

² Hospital Río Hortega, Valladolid

Objetivos

Describir los hallazgos en Tomografía computarizada de complicaciones de divertículo de Meckel en adultos, con ejemplos de pacientes diagnosticados en nuestro centro.

El divertículo de Meckel es la anomalía congénita más frecuente del tracto gastrointestinal, presente en 2-3% de la población. Resulta de la atrofia incompleta del conducto onfalomesentérico, y se trata de un verdadero divertículo localizado en la cara antimesentérica del ileon, a 40-100cm de la válvula ileocecal.

Generalmente, es asintomático y su diagnóstico es casual. Se manifiesta cuando presente algún tipo de complicación, siendo diagnosticado con mayor frecuencia en niños, aunque también se presenta en adultos.

Material y Método

Revisión de la historia clínica de diversos casos diagnosticados en nuestro centro, con confirmación histológica.

Resultado

Caso 1: Varón de 51 años que acude a urgencias con náuseas, vómitos y dolor abdominal. Se le realizó TC abdominal por sospecha de obstrucción intestinal.

Caso 2: Varón de 43 años, con enfermedad de Crohn, que acude por dolor abdominal tipo cólico, fiebre y escalofríos. Dolor en FID y defensa abdominal a la exploración y leucocitosis en la analítica. Ante la sospecha de perforación intestinal se solicitó TC abdominal.

Caso 3: Varón de 37 años que presenta dolor abdominal y vómitos. A la exploración dolor en FID y en la analítica leucocitosis con neutrofilia y aumento de la PCR. Se le realizó TC abdominal por sospecha de apendicitis.

Conclusión

El divertículo de Meckel es una anomalía congénita poco común, que raramente da clínica. Cuando lo hace puede deberse a obstrucción intestinal, diverticulitis, sangrado o neoplasia.

Realizar una valoración preoperatoria es difícil, por eso es importante conocer la clínica y características radiológicas de sus complicaciones, para llegar a un diagnóstico preciso.

C0091 COLECISTITIS AGUDA COMPLICADA

María Pina Pallín¹, Rubén Gómez Mora¹, Isabel Jimenez Cuenca¹, Antonio Hermosín Peña¹, Reyes Petruzzella Lacave², Alicia Matilla Muñoz¹

¹ Hospital Clínico Universitario de Valladolid

² Hospital Río Hortega, Valladolid

Objetivos

Describir las posibles complicaciones de la colecistitis aguda y mostrar sus hallazgos radiológicos más importantes.

La colecistitis aguda es una patología frecuente en urgencias, originada en un 95% de los casos por obstrucción del cuello vesicular-cístico por un cálculo, lo que provoca distensión vesicular, isquemia y posterior sobreinfección de la pared. Clínicamente, cursa con dolor en hipocondrio derecho, fiebre y náuseas. Su tratamiento de elección es quirúrgico, si no existen signos que indiquen complicación.

Por tanto, su valoración por imagen es importante, ya que permite descartar la existencia de complicación, lo que modificará su tratamiento de elección.

Material y Método

Revisión de las historias clínicas de los casos de colecistitis agudas complicadas en estos últimos años en nuestro centro, con confirmación histológica, mostrando los hallazgos radiológicos que permiten su diagnóstico, tanto en ecografía como en TC.

Resultado

La edad media de nuestros 29 pacientes fue 69.07 años (50-99 años), siendo 14 mujeres y 15 hombres.

Cuatro pacientes presentaron colecistitis enfisematosa, que constituye una emergencia quirúrgica, por su riesgo de gangrena y perforación. Es causada por bacterias formadoras de gas, y es más frecuente en diabéticos.

Diez pacientes presentaron colecistitis grangrenosa. Acudieron con un dolor más generalizado, y en dos el Murphy fue negativo.

Existió perforación vesicular en catorce pacientes, en dos cursó de forma aguda con cuadro de peritonitis, y en doce de forma subaguda, con abscesos.

Un paciente presentó ileo biliar por fístula bilioentérica.

Conclusión

Es fundamental conocer las posibles complicaciones de la colecistitis aguda y poder diagnosticarlas por imagen, dado el aumento de la morbimortalidad que conllevan, y la modificación del tratamiento de elección al que se someterá al paciente.

C0094 GIST RECTAL: DIAGNÓSTICO CON BIOPSIA GUIADA POR ECOGRAFÍA ENDOVAGINAL

Antonio Lorenzo Górriz, Antonio Navarro Ballester, Santiago Marco Doménech, Pilar Fernandez García, Antonio Jorge Cano Marquina, Soraya Barrachina Hidalgo

Hospital Universitario General de Castellón Servicio de Radiología Diagnóstica y Terapéutica - Avda. Benicassim s/n 12006

Objetivos

conagujagruessaguada ecografía
estaviadeaaccesopararealizarlabiopsiatanto de GIST de localización rectal como de otras lesiones rectales o pélicas

Material y Método

Se obtienen dos cilindros de la lesión, cuyo Resultado anatomopatológico Dado que la biopsia preoperatoria es necesaria en pacientes con GIST, si la lesión puede verse con ecografía endovaginal, la biopsia vía transvaginal es una técnica segura y sencilla, constituyendo un alternativa válida para el GIST. Caracterizar los hallazgos radiológicos de Pancreatitis, según la reciente revisión de la clasificación de Atlanta, en los casos radiológicos recogidos en nuestro servicio durante los últimos 3 años.

Material y Método

Según la nueva revisión de la clasificación de Atlanta la Tomografía Computarizada (TC) sigue siendo la herramienta primaria más adecuada para la valoración por imagen en la pancreatitis aguda, dejando un papel limitado a casos puntuales a la ecografía y RM. La TC está indicada cuando existen criterios clínicos de gravedad y después de 72 horas del comienzo de los síntomas.

Mediante la revisión de nuestros casos durante los últimos tres años, presentamos los hallazgos por imagen en los diferentes tipos de pancreatitis, pancreatitis edematosa intersticial, necrotizante con necrosis pancreática y/o peripancreática; así como las colecciones pancreáticas y peripancreáticas de ambos tipos de pancreatitis.

Conclusión

es una patología muy frecuente que causa importante morbimortalidad. El Radiólogo tiene un papel primordial en su diagnóstico y manejo terapéutico. La nueva revisión de la clasificación de Atlanta está diseñada para describir los hallazgos con una terminología estandarizada entre todos los especialistas con el fin de mejorar el planteamiento terapéutico.

C0125 ANGIO-TC MULTIDETECTOR (A-TCMD) COMO PRIMERA PRUEBA DIAGNÓSTICA DE HEMORRAGIA ABDOMINAL AGUDA

Isabel M^o Bravo Rey, M^o Sagrario Lombardo Galera, M^o Eugenia Pérez Montilla, Juan José Espejo Herrero, Luis Jesús Zurera Tendero, Miguel Canis López
Hospital Universitario Reina Sofía

Objetivos

capacidad del para detectar y localizar hemorragias abdominales agudas correlacionando su sensibilidad y especificidad con la arteriografía diagnóstica convencional

Material y Método

Se evalúan de forma A-TCMD una herramienta sensible en el diagnóstico de hemorragia abdominal aguda. Permite identificar con precisión el

punto de sangrado, facilitando una angiografía terapéutica dirigida. En ausencia de extravasación activa puede orientar hacia el origen del sangrado y planificar el tratamiento más adecuado. y PET-TC

Material y Método

Se realiza una revisión retrospectiva de la enfermedad de Erdheim-Chester (EC)

Resultado

Encontramos afectación perirrenal (riñones “desflecados” o peludos) en 4 de ellos (80%) y afectación perivascular aórtica en 3/5 durante el curso evolutivo de la enfermedad. Todos asociaban afectación ósea característica.

Conclusión

La afectación intraabdominal (perirrenal y periaórtica) en la enfermedad de EC no es infrecuente; estos hallazgos combinados con manifestaciones óseas y neurológicas/endocrinas pueden ayudar en el diagnóstico de sospecha de esta entidad.

C0130 DISTROFIA QUÍSTICA DUODENAL: HALLAZGOS RADIOLÓGICOS Y CLÍNICOS.

Maria Isabel Tercero Azorín¹, María del Rosario Pastor Juan¹, Javier Peinado Rodenas¹, Elena Lozano Setién¹, María Dolores Monedero Picazo¹, María Nieves Martínez López²

¹ Hospital Universitario de Albacete Radiodiagnóstico - C/Hermanos Falcó 37, cp 02006

² Hospital Universitario de Albacete Digestivo - C/Hermanos Falcó 37, cp 02006

Objetivos

Describir los hallazgos radiológicos así como la sintomatología clínica asociada a la distrofia quística duodenal.

Material y Método

Revisamos los datos clínicos, los hallazgos radiológicos en ecoendoscopia, TC y RM así como la evolución de los pacientes diagnosticados de distrofia quística duodenal en nuestro hospital en el período comprendido entre julio de 2011 y noviembre de 2012. Se trata de tres casos y el diagnóstico en todos ellos se confirmó con estudio anatomopatológico tras cirugía.

Resultado

Todos los casos presentan un cuadro clínico de pancreatitis aguda de repetición y de estenosis duodenal. En la evolución han precisado todos ellos tratamiento quirúrgico.

Los hallazgos radiológicos permitieron realizar el diagnóstico previo a la cirugía.

Estos hallazgos han sido los siguientes: estenosis duodenal, engrosamiento de la pared duodenal con quistes intramurales, aumento de tamaño de cabeza pancreática, quistes pancreáticos, calcificaciones pancreáticas, dilatación de conducto pancreático y dilatación de vía biliar. Los hallazgos anatomopatológicos consistieron en cambios de pancreatitis crónica y engrosamiento de pared de duodeno con áreas de dilatación quística revestidas de epitelio cilíndrico mucoso sin atipia.

El diagnóstico diferencial de esta entidad incluye: quiste de duplicación duodenal, tumor duodenal y tumor sólido o quístico pancreático.

Conclusión

La distrofia quística duodenal suele presentarse con clínica de estenosis duodenal y de pancreatitis aguda de repetición y suelen requerir tratamiento quirúrgico. Llegar a su diagnóstico es posible mediante técnicas de imagen como la ecoendoscopia, la TC o la RM, siendo importante diferenciarla de otras entidades duodenales, pancreáticas y peripancreáticas.

C0133 CORRELACIÓN RADIO-PATOLÓGICA DEL GASTRINOMA PANCREÁTICO.

Marta Elena Gómez Gil¹, Juan Antonio Hernández Ponce¹, Saúl González Rodríguez¹, María Candelaria Santana Rodríguez², Ibrahim Hernández González¹, María Soledad Pastor Santoveña¹

¹ Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

² Complejo Hospitalario Universitario de Canarias Radiodiagnóstico

Objetivos

Revisar los hallazgos radiológicos y su correlación anatomopatológica del gastrinoma pancreático.

Material y Método

Se muestra un caso de una paciente ingresada en nuestro Centro por edema en miembros inferiores y síndrome constitucional. Se aporta imágenes de TC y RM,

Resultados anatomopatológicos de biopsia por ecoendoscopia y cutánea.

Resultado

En TC y RM se visualiza masa en cabeza pancreática sugestiva de tumoración neuroendocrina no funcionante. La biopsia por ecoendoscopia es compatible con tumoración de neuroendocrina. En biopsia cutánea, paraneoplasia de gastrinoma (eritema necrolítico migratorio).

Conclusión

Las tumoraciones neuroendocrinas constituyen un grupo establecido de neoplasias pancreáticas raras, en las que las técnicas de imagen y los hallazgos anatomopatológicos resultan de gran importancia en su diagnóstico.

C0134 UTILIDAD DE LA RM EN LA ESTADIFICACIÓN LOCAL PRETRATAMIENTO Y EN EL SEGUIMIENTO POSTRATAMIENTO DEL CÁNCER DE CÉRVIX.

Maria Eugenia Perez Montilla, Sagrario Lombardo Galera, Isabel Maria Bravo Rey, José Escribano Fernández

Hospital Universitario Reina Sofia, Córdoba, España

Objetivos

Evaluar la utilidad de la resonancia magnética en la estadificación local del cáncer de cérvix y el seguimiento, correlacionando los hallazgos de la estadificación prequirúrgica con los de la anatomía patológica y valorando la remisión o recidiva mediante RM.

Material y Método

Se evaluaron las RM realizadas entre Enero- 2012 y Marzo- 2013 a 35 mujeres diagnosticadas de cáncer de cérvix mediante biopsia ginecológica. Resultaron 48 estudios: 23 para estadiaje pretratamiento y 25 estudios de seguimiento de pacientes y tratadas (cirugía y/o radioquimioterapia).

Se utilizó una RM 1.5T SE T2 (axial, sagital y axiales al eje del cérvix) y SE T1 (axial).

Para la estadificación radiológica, usamos la clasificación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (2009).

Resultado

Se realizaron 23 RM para estadificación local; IA (n=1), IB1 (n=4), IIA1 (n=4), IIA2 (n=1), IIB (n= 12), IVA (n=1). Existe 100% de concordancia entre la estadificación radiológica y los hallazgos anatomopatológicos en el estadio IB. Se infradiagnosticaron dos pacientes; el IA en cirugía estadio IB1 y una paciente del estadio IIA1 pasó a un estadio IIB. Se supradiagnosticaron 3 pacientes estadio radiológico IIA1, en cirugía IB1. En las 25 RM realizadas en el seguimiento de 18 pacientes se evidenció remisión completa 61%, recidiva tumoral 6% y respuesta 33% de las pacientes.

Conclusión

La RM en la estadificación local mostró concordancia significativa en estadios IB, siendo una técnica segura ya que solo hubo dos pacientes infradiagnosticados. Demuestra gran utilidad en el seguimiento posttratamiento, permitiendo valorar la remisión completa, las recidivas locales y la respuesta al tratamiento y seleccionar durante el seguimiento a pacientes que tengan un estadio operable.

C0135 HALLAZGOS EN LA HISTEROSALPINGOGRAFÍA EN EL ESTUDIO DE INFERTILIDAD FEMENINA

Susana Bahamonde Cabria, Jose Antonio Alonso López, Begoña Encinas Gaspar, Jesús Ángel Simal Fernández, Manuel Vicente García Urbón, Blanca Esther Viñuela Rueda Complejo Asistencial de Palencia Radiodiagnóstico

Objetivos

Describir los hallazgos en imagen obtenidos mediante histerosalpingografía (HSG) en el estudio de infertilidad femenina en nuestro medio.

Material y Método

Se realizó una revisión retrospectiva de las HSG realizadas en (junio de 2012 - mayo de 2013) recogiendo la descripción de los hallazgos y las complicaciones inmediatas.

Resultado

Se realizaron un total de 87 estudios encontrando alteraciones en 47 de ellos (54%).

Los hallazgos encontrados fueron: obstrucción tubárica (14%, en 2 casos de forma bialteral), hidrosalpinx (12%, en un caso fue bilateral), adenomiosis uterina focal/difusa (2%), defectos de repleción uterina secundaria a miomas uterinos (12%), sinequias uterinas (1%), hiperplasia endometrial (1%), irregularidades uterinas inespecíficas (1%), estenosis del orificio externo (1%), pólipo tubárico (1%), salpingectomía (secundaria a embarazo ectópico), relleno venoso retrógrado (1%), extravasación de contraste por rotura tubárica (1%). En 5 pacientes (6%) se observaron al menos dos patologías diferentes.

No se registraron complicaciones inmediatas ni hubo que interrumpir el estudio por intolerancia o dolor.

Conclusión

La HSG sigue siendo una herramienta diagnóstica que aporta información útil sobre la morfología y permeabilidad uterina y de las trompas, con escasa morbilidad inmediata. El avance de las técnicas reproductivas hace de la HSG uno de los pilares en la orientación diagnóstica en el estudio de la infertilidad femenina.

C0136 DISTROFIA QUÍSTICA DEL PÁNCREAS ECTÓPICO (DQPE)

Jose Antonio Alonso López, Susana Bahamonde Cabria, Pilar Sanz López, Beatriz Bañares González, Jesús Ángel Simal Fernández, Blanca Esther Viñuela Rueda Complejo Asistencial De Palencia Radiodiagnóstico

Objetivos

Definir la entidad Distrofia Quística del Páncreas Ectópico (DQPE): histología (tejido pancreático ectópico en pared gastrointestinal), clínica (episodios reiterados de pancreatitis aguda) y diagnóstico diferencial. Describir los hallazgos radiológicos característicos por TC y RM en la DQPE.

Material y Método

Realizamos estudios de TCMD postcontraste en fase portal y reformateo coronal y sagital y RM abdominal sin y con contraste i.v y secuencias de colangio-RM.

Resultado

Describimos dos pacientes diagnosticados de DQPE con pancreatitis crónica e historia de pancreatitis aguda de repetición.

Los hallazgos radiológicos son fundamentalmente tres: 1. Engrosamiento de la pared del duodeno o del estómago, 2. La presencia de quistes en el interior de la pared engrosada y 3. Signos radiológicos indirectos asociados.

La ecoendoscopia es la técnica de elección para confirmar el diagnóstico ya que presenta una mayor sensibilidad en la detección de signos de pancreatitis crónica en el páncreas ortotópico y permite la obtención de muestras citológicas.

La DQPE requiere diagnóstico diferencial con otras lesiones submucosas de la pared del tracto gastrointestinal como el quiste de duplicación intestinal, abscesos o neoplasias (leiomioma). La forma sólida puede ser difícil diferenciarla de una neoplasia pancreática o de vesícula biliar.

Conclusión

La DQPE o distrofia quística duodenal en páncreas aberrante es una forma especial de pancreatitis crónica con un curso que frecuentemente es agresivo y recurrente, y donde la RM y la TCMD juegan diagnóstico clave.

C0138 PACIENTE HEPATÓPATA: QUÉ ESPERA SABER EL CLÍNICO DE NUESTRA ECOGRAFÍA

Cristina Antolín Pérez¹, Abelardo Fuentes Morán Fuentes Morán¹, Gabriela Rascarachi², Rubén Díez Rodríguez², Uxía Sobrino Castro³, Juan Ignacio López Fernández⁴

¹ Hospital El Bierzo Radiodiagnóstico - C/ Médicos sin fronteras s/n 24411 Ponferrada León

² Hospital El Bierzo Digestivo - C/ Médicos sin fronteras s/n 24411 Ponferrada León

³ Hospital José Molina Orosa Radiodiagnóstico - Carretera de tinajo km 1,3 s/n Arrecife Lanzarote

⁴ Complejo Asistencial Universitario de León Radiodiagnóstico - C/ Altos de Nava 24071 León

Objetivos

A menudo llegan a nuestros oídos críticas por parte de los clínicos acerca de aspectos que echan de menos, o de más, en algunos de nuestros informes. Lejos de interpretar estas críticas por el lado negativo, hemos creído interesante realizar un modelo sistemático de informe para los estudios de imagen en el paciente hepatópata entre radiólogos y digestólogos, puesto que la finalidad última de nuestro trabajo es, no sólo diagnosticar, sino también aportar al clínico la información que le ayude en el manejo y control de sus pacientes.

Material y Método

Los controles ecográficos periódicos son una práctica habitual en el paciente hepatópata. Se realiza una revisión estructurada e ilustrada de los hallazgos relevantes a la hora del manejo de estos pacientes en la consulta del digestólogo y de aquellos hallazgos que van a condicionar su pronóstico.

Resultado

n/a.

Conclusión

Este trabajo pretende servir de guía ilustrada y razonada del significado de nuestros hallazgos en la ecografía del paciente hepatópata y de las actitudes que van a condicionar en su seguimiento en la consulta del digestólogo.

C0139 CISTOURETROGRAFÍA MICCIONAL SERIADA (CUMS): UNA PRUEBA PARA GRANDES Y PEQUEÑOS

SUSANA BAHAMONDE CABRIA, DOLORES RODRIGUEZ LOPEZ, BEATRIZ Susana Bahamonde Cabria, Dolores Rodriguez Lopez, Beatriz Bañares González, Carmen Niño Rojo, Pilar Sanz López, Blanca Esther Viñuela Rueda

Complejo Asistencial De Palencia Radiodiagnóstico

Objetivos

Describir la técnica para realizar una cistouretrografía miccional seriada (CUMS), principales indicaciones y mostrar algunos ejemplos de los hallazgos encontrados con mayor frecuencia.

Material y Método

La CUMS es la técnica de elección en el diagnóstico de patología uretral, vesical y la sospecha de reflujo vesico-ureteral (RVU).

Para su realización se coloca al paciente en decúbito supino y se realiza una radiografía abdominal simple. Posteriormente se introduce una sonda a través de la uretra. Se necesita una sonda recta de alimentación de calibre variable según la edad del paciente; en los niños se aconseja 6 french hasta los 12 meses y posteriormente 8 french, en adultos se pueden usar calibres mayores. Una vez sondado se conecta el frasco del contraste yodado hidrosoluble que se elevará al menos 60-90 cm por encima del pubis del paciente hasta conseguir replecionar la vejiga. En el caso de reflujo importante es recomendable no sobrepasar los 50 cm para evitar roturas del fornix y reflujo intrarrenal. Con la vejiga bien replecionada se obtienen proyecciones en anteroposterior, lateral y oblicuas (para valorar tamaño y morfología vesical así como la presencia de RVU pasivo). Una vez realizadas se retira la sonda y se obtienen imágenes miccionales en oblicua anterior derecha (por defecto). En caso de visualizar RVU se obtiene una oblicua ipsilateral al reflujo. También se recomienda la obtención de imágenes casi al final de la micción (para una mejor valoración del uréter terminal) y postmiccional.

Resultado

Los hallazgos más frecuentes son: RVU (especialmente en niños), cistocele, patología de la uretra prostática y posterior, fuga de la anastomosis en postcirugía prostática, y defectos de repleción vesicales.

Conclusión

La CUMS es una técnica sencilla, con pocas complicaciones graves, que demuestra patología del tracto urinario bajo obteniendo información tanto morfológica como funcional.

C0144 EL TUMOR DESMOPLÁSICO DE CÉLULAS PEQUEÑAS ABDOMINALES

Eugenia de lama¹, Richard Mast¹, Javier Hernandez Gañan¹, Xavier Sanjuan², Javier Robles³, Natalia Romero¹, Marta Perez Robiralta¹, Jose Antonio Narvaez garcia¹

¹ Hospital Universitario de bellvitge Radiologia

² Hospital Universitario de bellvitge Patologia

³ Hospital Universitario de bellvitge IDI_PET

Objetivos

Revisar los datos clínicos y epidemiológicos y describir los hallazgos radiológicos de los tumores desmoplásicos de células pequeñas y redondas (TDCPR) intrabdominales diagnosticados en nuestro centro en los últimos 10 años.

Material y Método

Realizamos un estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados en nuestro hospital de TDCPR intrabdominal, revisando los datos clínicos y epidemiológicos, así como los estudios radiológicos realizados.

Resultado

Se trata de 4 pacientes (2 mujeres), con edades en el momento del diagnóstico de entre 16-26 años (media: 20 a.). El motivo de consulta en todos ellos fue el de masa abdominal. Todos se estudiaron con TC-MD tóraco-abdominal y PET-TC.

El diagnóstico AP se obtuvo por BAG percutánea guiada por ecografía (2) o por TC (2). Las lesiones se localizaban en retroperitoneo/peritoneo (3) y próstata (1).

Tras el tratamiento quimio-radioterápico tres pacientes fallecieron con una supervivencia media desde el diagnóstico de 1,3 años; en el cuarto caso, se realizó también exéresis quirúrgica, con una supervivencia >4a. Los hallazgos radiológicos planteaban el diagnóstico diferencial con proceso linfoproliferativo o tumores propios de la infancia (tm de Wilms).

Conclusión

El TDCPR es una neoplasia maligna agresiva que aparece en adolescentes y adultos jóvenes. Las manifestaciones clínicas se relacionan con frecuencia con la existencia de enfermedad abdominal diseminada. Las metástasis a distancia pueden aparecer incluso en el momento del diagnóstico. La supervivencia a los cinco años continúa siendo inferior al 15%.

Es importante que un radiólogo abdominal conozca esta entidad, ya que ante los hallazgos de una masa sólida intrabdominal de gran tamaño, que puede asociarse a adenopatías, en un paciente muy joven, que sugiera sarcoma, podemos plantear el TDCPR como una posibilidad diagnóstica. La biopsia percutánea guiada por imagen permite establecer el diagnóstico, condicionando un correcto manejo terapéutico al evitar la morbimortalidad de cirugías iniciales no indicadas, en un tumor en el que tratamiento inicial es quimioterápico.

C0146 GASTRINOMA EXTRAPANCREÁTICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LOS TUMORES NEUROENDOCRINOS

Irene Gutiérrez Pérez¹, Cristina González Huerta¹, Cecilia Quispe León¹, Mar Pérez-Peña Del Llano¹, Lorenzo Pastor Hernández¹, Ana Milla Crespo²

¹ Hospital Álvarez-Buylla, Mieres Radiología

² Hospital Álvarez-Buylla, Mieres Digestivo

Objetivos

Definir los hallazgos radiológicos, la localización más frecuente y las técnicas de imagen utilizadas en el diagnóstico de gastrinoma
Descripción de los hallazgos clinicoradiológicos de los tumores neuroendocrinos del páncreas

Material y Método

Presentación de un caso de un varón de 57 años que acude por episodios reiterados de dolor abdominal y diarrea de un año de evolución; y úlceras en bulbo y segunda porción duodenales.

Se realiza TC abdominopélvico, ecoendoscopia y octreo-scan

Resultado

En el TC se identifica una adenopatía patológica retroperitoneal limitada por el proceso uncinado del páncreas y la vena renal izquierda
Ante la sospecha de tumor neuroendocrino se determinan hormonas (elevadas); se realiza un octreo-scan, donde se ve un acúmulo patológico en la región del proceso uncinado y una ecoendoscopia y biopsia con diagnóstico de gastrinoma (grado I)

Conclusión

Los tumores neuroendocrinos del páncreas pueden ser funcionantes ó no funcionantes. Los funcionantes suelen ser menores de 2 cm (a excepción del glucagonoma), bien definidos e hipervasculares. Los no funcionantes son mayores, heterogéneos, con cambios necróticos frecuentes.

La mayoría son esporádicos, pero en ocasiones ocurren en el contexto de síndromes clínicos

Se clasifican(WHO 2010) en grado 1,2 y 3

Dentro de los funcionantes el primero en frecuencia es el insulinoma (intrapancreático e hipervascular, síntomas de hipoglucemia) y el segundo el gastrinoma. Mucho menos frecuente son los glucagonomas (intrapancreático), vipomas(intrapancreáticos) y somatostinoma(50% intrapancreático)

Cerca del 85% de los gastrinomas esporádicos se encuentran dentro del triángulo del gastrinoma, siendo el duodeno la localización más frecuente. Suelen ser hipervasculares, aunque en menor medida que los insulinomas. La úlcera duodenal postbulbar es la forma de presentación más frecuente La presencia de lesiones hipervasculares pancreáticas ó peripancreáticas junto con la clínica derivada de producción de hormonas es muy sugestiva de TNE funcionante

C0150 HEMORRAGIA DIGESTIVA EN TC

Laura Díaz Mallo, María Luisa Nieto Morales, Pilar Nimar Nuñez Vila, Juan Manuel Llanos Gómez, Raúl de Armas Perdomo, Víctor Vázquez Sánchez HUNSC

Objetivos

Presentar el caso de un paciente con hemorragia digestiva diagnosticada mediante TC de abdomen y pelvis y tratada mediante arteriografía y embolización de la rama arterial responsable del sangrado.

Material y Método

Se presenta el caso de un paciente con antecedentes de resección de intestino delgado por hemorragia digestiva baja secundaria a divertículo de Meckel sangrante, que acude por cuadro hemorragia digestiva baja con anemia.

El caso se estudia mediante TC de abdomen y pelvis tras administración de contraste intravenoso yodado y mediante arteriografía selectiva.

Resultado

Tras la realización de colonoscopia en la que se objetiva hemorragia digestiva procedente de intestino delgado, se realiza TC de abdomen en el que se observa la presencia de fuga de contraste en fase arterial con aumento en fase portal en el tercio distal del íleon, lo que sugiere sangrado activo a dicho nivel.

Con estos hallazgos se decide realizar aortograma y arteriografía de la arteria mesentérica superior detectando la presencia de un punto sangrante en la penúltima rama de la arteria íleo cólica derecha, que corresponden con el punto indicado en el TC, procediéndose a la embolización selectiva de dicha rama.

Conclusión

La hemorragia digestiva es una patología frecuente, que raramente se visualiza en estudio de TC y que es potencialmente tratable mediante radiología intervencionista.

C0152 COMPLICACIONES ABDOMINALES TRAS INGESTA DE CUERPOS EXTRAÑOS

María Milagros Milán Rodríguez¹, Elena María Esteban Durán¹, Alberto Sierra Solís², Álvaro Emilio Moreno Puertas¹, Rocío Mora Monago¹, Luis Fernández Prudencio¹

¹ Hospital Infanta Cristina

² Hospital Perpetuo Socorro

Objetivos

Hemos recopilado los distintos casos clínicos que han acontecido en nuestro hospital en los últimos años, recogiendo la clínica que presentaron los pacientes y realizando una descripción de los distintos hallazgos encontrados en las diferentes pruebas de imagen realizadas. Así mismo, hemos llevado a cabo una búsqueda bibliográfica sobre las distintas complicaciones que presentaron.

Resultado

La ingesta de cuerpos extraños de distinta naturaleza es una situación que se produce con frecuencia y que no suele tener repercusiones. Sin embargo, en ocasiones éstos van a dar lugar a una serie de complicaciones, como pueden ser una perforación intestinal con o sin neumoperitoneo aparente, abscesos hepáticos secundarios a enclavamiento de espina de pescado, abscesos intraabdominales, etc.

La complicación más temida es la perforación, que tiene lugar hasta en el 1% de los casos de ingesta accidental, que son los casos que nosotros vamos a mostrar.

Conclusión

Dado que la ingesta de cuerpos extraños, especialmente los alimentarios, son una situación relativamente frecuente en las urgencias, nos parece conveniente realizar una revisión de los hallazgos por imagen que nos podemos encontrar cuando éstos producen complicaciones abdominales.

C0153 PAPEL DE LA ECOGRAFÍA CON CONTRASTE EN LA CARACTERIZACIÓN DE LOS QUISTES RENALES Y SU CLASIFICACIÓN SEGÚN EL GRADO DE COMPLEJIDAD

Ignacio López-Vidaur Franco¹, Juan Carrero Alvaro², Beatriz Alvarez De Sierra³

¹ Hospital universitario fundación de Alcorcón Diagnóstico por la imagen - C/ costa brava portal 1, 6^ªA

² Hospital universitario fundación de Alcorcón Diagnóstico por la imagen - C/ manzano 3, 2^ªdcha

³ Hospital universitario fundación de Alcorcón Diagnóstico por la imagen

Objetivos

Mostrar la utilidad de la ecografía con contraste como técnica radiológica alternativa para el estudio de las lesiones renales quísticas.

Material y Método

Se estudiaron en nuestro Centro 10 pacientes con lesiones quísticas remitidas desde estudios ecográficos convencionales. Las lesiones se habían referido en dichos estudios como quistes con contenido y/o quistes septados.

En primer lugar revaluamos las lesiones mediante ecografía en modo B y las dividimos en simples y complejas. Acto seguido realizamos los estudios con contraste en un equipo Toshiba aplio 500 con sonda de 3,5 MHz tras la administración intravenosa de hexafluoruro de azufre (Sonovue). Se obtuvieron videos de 30 segundos en tiempo real de las fases arterial, portal y tardía e imágenes con curvas de cuantificación en un análisis postproceso.

Resultado

Basándonos en la clasificación de Bosniak para estudios de TAC, incluimos nuestros casos de quistes simples en la categoría 1 y nuestros casos de lesiones complejas en categorías quirúrgica (3 y 4) y no quirúrgica (2). Para no pasar por alto el carcinoma de células renales quístico introdujimos una quinta categoría de seguimiento (2F).

En todos los casos hubo una adecuada correlación con las otras pruebas de imagen (TAC y RM) y una confirmación histopatológica de las lesiones quirúrgicas.

Conclusión

La ecografía con contraste es una técnica diagnóstica útil para la caracterización de las lesiones quísticas renales.

Permite clasificarlas según el grado de complejidad e informar del riesgo de malignidad con las ventajas propias de la técnica en cuestión.

C0154 PERFORACIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A CUERPOS EXTRAÑOS: HALLAZGOS EN EL CONTEXTO DE LA URGENCIA.

María Isabel Tercero Azorin, David Caldevilla Bernardo, María del Rosario Pastor Juan, María Dolores Monedero, Angel Losa Palacios, Jose Fermín Gómez Jiménez

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Radiodiagnóstico

Objetivos

Evaluar la utilidad de las distintas pruebas de imagen en la detección de cuerpos extraños enclavados en el tracto digestivo en pacientes que consultan en urgencias por dolor abdominal sin clara orientación clínica.

Material y Método

Se revisan 2 pacientes que consultan en urgencias por dolor abdominal a los que se solicitan distintas técnicas de imagen, estableciendo finalmente el diagnóstico de cuerpo extraño enclavado en el tracto digestivo con perforación secundaria.

Resultado

El primer caso ocurre por una espina de pescado enclavada en yeyuno que produce una microperforación tras 48 horas de la ingesta. La RX permitió detectar la patología. La ecografía mostraba cambios inflamatorios focales en la grasa mesentérica sin poder establecer el diagnóstico específico. La TCMD permitió determinar el diagnóstico final y la perforación.

El segundo caso se trata de un hueso de pollo que produce perforación de sigma tras 6 semanas de su ingesta. En la ecografía se visualizaba el cuerpo extraño en sigma produciendo perforación del mismo, líquido libre y cambios inflamatorios. La TCMD permitió confirmar el diagnóstico. Al revisar la RX (inicialmente no valorada por un radiólogo) se detectó el cuerpo extraño.

En ninguno de los dos casos los pacientes asociaban los síntomas a la ingesta de cuerpo extraño, por lo que su sospecha clínica es difícil. Los dos casos fueron intervenidos de manera urgente.

Conclusión

Los cuerpos extraños con contenido cálcico o metálico pueden ser detectados en radiografía simple, aunque no siempre es así. La ecografía puede ser útil en la detección del cuerpo extraño. A veces tan sólo aportará signos indirectos, como líquido libre si hay perforación, cambios inflamatorios en la grasa adyacente o signos de neumoperitoneo y otras veces nos permitirá realizar el diagnóstico. La TCMD, permite establecer un diagnóstico definitivo así como valorar las posibles complicaciones derivadas, ayudando también a programar la cirugía.

C0155 ENFERMEDAD DE WHIPPLE, UNA RARA PATOLOGÍA MULTISISTÉMICA DE ORIGEN BACTERIANO.

Laura Díaz Mallo, Nimar Núñez Vila, Juan Manuel LLanos Gómez, Raúl de Armas Perdomo, Víctor Vázquez Sánchez, Jesús Ignacio Vivancos Garbayo HUNSC

Objetivos

Descripción de la clínica y los hallazgos por imagen de la Enfermedad de Whipple (EW), una rara enfermedad multisistémica de origen bacteriano, causada por *Tropheryma whippelii* (Actinomyces).

Material y Método

Se presenta el caso de un paciente varón de 69 años, con antecedentes personales de cuadros de monoartritis de repetición, que actualmente presenta cuadro constitucional y síndrome diarreico prolongado. Se realiza el estudio mediante TC de tórax, abdomen y pelvis con contraste intravenoso en fase portal.

Resultado

Paciente varón de 69 años, con antecedentes personales de cuadros de monoartritis de repetición de años de evolución, que ingresa para estudio de cuadro constitucional y síndrome diarreico prolongado con colonoscopia normal.

Se realiza TC de tórax, abdomen y pelvis en el que se observa la presencia de múltiples ganglios peritoneales, mesentéricos y retroperitoneales que presentan una llamativa baja densidad generalizada, acompañadas de marcada distensión de asas de yeyuno e íleon. Estos hallazgos plantean el diagnóstico diferencial entre EW y patología linfoproliferativa.

Se toman biopsias de intestino delgado que muestran mucosa con

ocupación de la lámina propia por histiocitos repletos de formas bacterianas PAS diastasa +. Se demuestra la presencia de *Tropheryma whippelii* mediante técnicas de PCR-hibridación.

Conclusión

La Enfermedad de Whipple (EW), una rara enfermedad multisistémica de origen bacteriano, causada por *Tropheryma whippelii* (Actinomyces) que afecta a hombres de raza blanca y edad media, cursando con signos y síntomas poco específicos. En un estadio inicial puede presentar anorexia, poliartralgias, dolor abdominal, fiebre... Posteriormente, predomina la diarrea de características esteatorreicas, los datos de malabsorción con pérdida de peso y el dolor abdominal. Por último, aparecería la caquexia, el deterioro neurológico, las linfadenopatías y la hiperpigmentación cutánea.

Los hallazgos por imagen típicos serían grandes adenopatías mesentéricas y retroperitoneales de baja densidad (lo principal), ascitis, esplenomegalia, neumatoses intestinales...

C0157 CRITERIOS DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO DE TUMORES ABDOMINALES. CRITERIOS RECIST Y MÁS.

Sara Brugger Frigols, Juan Luis Camacho Alcazar, Carmen Ballester Valles, Alejandro Montoya Filardi, Ariel Rolando Pacheco Usmayo, Carlos Esteban Rodríguez Téllez

HUP La Fe Area de imagen - Bulevar Sur s/n

Objetivos

Evaluar los diferentes criterios de respuesta al tratamiento, dependiendo del tipo de tumor y del tratamiento farmacológico que recibe el paciente.

Material y Método

Los criterios de respuesta al tratamiento que se utilizan de forma generalizada en la práctica clínica diaria y aprobados para la mayoría de ensayos clínicos son los criterios RECIST 1.1

Se han propuesto diferentes criterios para tipo de cáncer determinados tratados con fármacos específicos, en los que los criterios RECIST infra-valoran la respuesta parcial.

Resultado

Para evitar errores en la valoración de la respuesta, hay que considerar otros criterios diferentes al tamaño tumoral, tales como la densidad, la captación de contraste del tumor y la morfología.

Los criterios de Choi utilizados en tumores GIST tratados con imatinib valoran la morfología y densidad tumoral, al igual que la valoración de metástasis hepáticas de CCR tratadas con bevacizumab. En el carcinoma renal metastásico tratado con sunitinib se utilizan criterios MASS (morfología, densidad, tamaño y estructura). Para la valoración del tratamiento de HCC se han modificado los criterios RECIST, introduciendo la fase arterial.

Además de criterios morfológicos se pueden considerar criterios funcionales estudiados con PET_TC. Se han desarrollado unos criterios específicos, los criterios PERCIST, que valoran variaciones en el metabolismo tumoral, o los criterios de Chenson que combinan criterios morfológicos y funcionales en la valoración de los LNH.

Así mismo se están desarrollando diferentes técnicas de imagen que permiten valorar la celularidad tumoral como las secuencias de difusión de RM, la angiogénesis tumoral mediante técnicas de perfusión tanto en TC como RM y el metabolismo tumoral con la RM-espectroscopia, aunque todavía están por validar.

Conclusión

La respuesta al tratamiento de los tumores sólidos se debe valorar con criterios RECIST 1.1.

Nuevos criterios de respuesta modificados se han desarrollado para cánceres y terapias específicas.

Nuevas técnicas de evaluación del metabolismo y la celularidad tumoral están en estudio.

C0159 METÁSTASIS PANCRÉATICAS: REVISIÓN

Daniel Barnés Navarro, Juan Ramón Ayuso, Mario Pagés, Sonia Rodríguez, Anna Darnell, Carmen Ayuso
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona Radiodiagnóstico

Objetivos

Las metástasis pancreáticas son infrecuentes, representando el 2% de las lesiones malignas del órgano. Con frecuencia son múltiples y se asocian a metástasis diseminadas. Sin embargo, en ocasiones, se presentan como lesiones aisladas, que pueden confundirse con otras lesiones y que pueden ser tributarias de tratamiento quirúrgico. El objetivo principal será revisar y describir las manifestaciones radiológicas de las metástasis pancreáticas, haciendo énfasis en aquellos aspectos morfológicos que nos ayudarán en el diagnóstico diferencial.

Material y Método

Se revisan 20 casos de metástasis pancreáticas diagnosticadas entre 2008 y 2012. En 5 de los casos se obtuvo confirmación histológica y en el resto el diagnóstico fue clínico, basado en antecedentes, sus características radiológicas y su evolución. Se describen los hallazgos observados en las pruebas de imagen realizadas a estos pacientes. En este trabajo nos fijaremos sobre todo en las técnicas de TC, RMN y ecografía.

Las características analizadas, entre otras, fueron la distribución de las lesiones, la apariencia basal, patrón de realce post-contraste, relación con los conductos pancreáticos y vasos sanguíneos, y se evalúan las características diferenciales con tumores pancreáticos primarios.

Resultado

En nuestra serie, las metástasis provenían de C. Colon (6 casos), C. Pulmón (5), C. Celular renales (3), Sarcoma (2), Linfoma (2) y mama (1). En 5 de los casos se presentó como metástasis única y en 3 de ellos fueron resecaadas. En el momento de la presentación, sólo 7 pacientes presentaban dilatación del Wirsung o del colédoco. En los tres casos de metástasis de carcinoma renal las lesiones eran hipervasculares en el TC post-contraste. En algunos casos, se presentaban como lesión pancreática múltiple. Otros hallazgos característicos serán descritos.

Conclusión

El pronóstico del paciente con metástasis en el páncreas no siempre es ominoso. Algunos pacientes pueden ser tributarios de tratamiento radical. Por ello, su detección y caracterización es importante.

C0162 TUMOR GIST EXTRAINTestinal: UNA PRESENTACION INUSUAL EN RETROPERITONEO DIAGNOSTICADO POR BIOPSIA PERCUTANEA GUIADA POR TC

Javier Peinado Rodenas¹, Miguel Villar Garcia², Maria Isabel Tercero Azorín², Jose Fermín Gómez Jiménez², Elvira Jiménez Cerdán², Rosario Pastor Juan²

¹ Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

² Complejo hospitalario Universitario de Albacete

Objetivos

Valoración mediante diferentes métodos de imagen de un tumor gist extraintestinal (EGIST) en retroperitoneo e importancia del uso de BAG guiada por TC para el diagnóstico definitivo evitando la toma de muestra en quirófano.

Material y Método

Se revisan los hallazgos radiológicos en ECO, ECO DOPPLER y TCMD de un paciente con el diagnóstico de EGIST a propósito de un caso de nuestro centro.

Para la toma de BAG se realiza estudio con TC de la zona de interés utilizando un marcador externo. Realizamos dos tomas de la lesión con pistola automática de 18 G x 10 cm de longitud, remitiendo en formol la muestra al Servicio de Anatomía Patológica.

Resultado

Mujer de 70 años que presenta dolor en hipocondrio derecho irradiado hacia espalda, astenia y distensión abdominal. Se realiza ecografía abdominal urgente observando una tumoración sólida polilobulada, hipocóica, con aumento del flujo vascular, de localización retroperitoneal derecha.

El TCMD muestra una gran masa sólida y heterogénea en espacio

retroperitoneal derecho de 15 cm de eje máximo. Mediante reconstrucciones multiplanares demostramos que existe un plano de separación con vena cava inferior, riñón y glándula suprarrenal derecha. El estudio anatomopatológico revela proliferación fusocelular, siendo negativas para S100, neurofilamentos, actina de músculo liso y CD68 y positivas con KIT CD 34 y CD117.

Conclusión

Los tumores GIST extraintestinales son una rara manifestación y su localización retroperitoneal además suele ser inusual. Es crucial en el diagnóstico diferencial los datos aportados por el TCMD gracias a su capacidad de estudiar en cualquier plano del espacio las tumoraciones retroperitoneales, para poder filiar así su origen o descartar la organodependencia de otras estructuras como la VCI, el riñón o las glándulas suprarrenales. Además el TCMD puede servir de ayuda en el diagnóstico definitivo al servirnos de guía para la BAG percutánea evitando así dicha toma en quirófano.

C0165 EVALUACIÓN POR RESONANCIA MAGNÉTICA (RM) DE LA ENDOMETRIOSIS.

María Isusi Fontán, M^o Victoria Barcena Robredo, Gonzalo Lecumberri Cortes, Ane Miren Ibañez Zubiaur, Ane Miren Ibañez Zubiaur, Domingo Grande Icaran Hospital de Basurto

Objetivos

Importancia de la RM en el diagnóstico de endometriosis, hallazgos y localizaciones características.

Material y Método

Presentamos 21 casos realizados en nuestro hospital en los últimos tres años con sospecha clínica y ecográfica de endometriosis y estudiados mediante RM.

Utilizamos las siguientes secuencias; T2SE en los tres planos para evaluar la anatomía pélvica y secuencias T1SE sin y con saturación grasa para detectar focos hiperintensos en T1 en los endometriomas ováricos e implantes de endometriosis. En algunos casos distensión de la vagina y el recto con gel ecográfico.

Según la localización las clasificamos en ovárica, peritoneal y profunda. Cuando afecta a los ovarios puede afectar localmente las trompas uterinas. La endometriosis profunda definida por la infiltración subperitoneal de implantes endometriósicos en una profundidad de al menos 5mm, dividiéndolo en dos grupos según afectación del compartimento anterior o posterior.

Resultado

La localización más frecuente es el ovario en forma de endometriomas en 12 casos con signos de hemorragia en distintos estadios de evolución con hiperintensidad en T1 y pérdida de señal en T2, en tres de esos casos afectación de las trompas con dilatación y contenido líquido o hemorrágico. 8 casos de afectación profunda con mayor afectación del compartimento posterior, que se presentan como áreas de contornos mal definidos y de aspecto infiltrante produciendo retracción de órganos y de estructuras vecinas, con baja señal en secuencias T1 y T2, y un caso de afectación superficial con focos hemorrágicos hiperintensos en secuencias T1 sin y con supresión de la grasa.

Conclusión

La RM es el método de elección para valorar la extensión locorregional del proceso una vez sospechado y caracterizar las lesiones. Las secuencias más útiles para valorar la extensión de la enfermedad son las T1 y T1 con saturación grasa para detectar los focos de sangrado y las T2 para detectar la fibrosis.

C0167 DISTROFIA QUÍSTICA DUODENAL: A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

María Luisa Peris Pérez¹, Mariela Flores Fuentes¹, Raquel García García², Sara Peris Benavent¹, Alfonso González-Cruz Soler¹

¹ Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

² ERESA-Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Objetivos

Dar a conocer la distrofia quística duodenal como diagnóstico diferencial de las lesiones quísticas de la encrucijada pancreática.

Material y Método

Revisión retrospectiva de la historia clínica y de las imágenes de TC helicoidal con contraste iodado intravenoso de dos casos clínicos en marzo de 2013 y su correlación con la ecoendoscopia.

Dos varones de 51 y 55 años, con antecedentes personales de enolismo, tabaquismo y episodios previos de pancreatitis aguda.

Ambos pacientes acuden a urgencias de nuestro centro por presentar dolor abdominal, asociando el segundo de ellos vómitos, sin alteraciones analíticas.

Resultado

El TC realizado tras ingreso hospitalario reveló la presencia de masa predominantemente quística, tabicada y de límites mal delimitados, con captación periférica del medio de contraste, que engloba y estenosa la segunda porción duodenal, causando en el segundo de los casos, un estómago de retención. Posteriormente, se realizó ecoendoscopia identificando páncreas de características normales con engrosamiento difuso y concéntrico de la pared duodenal a expensas de la submucosa que presenta colecciones quísticas anecoicas y tabicadas dentro de la pared. Se realizó PAAF ecoguiada de ambas lesiones, con Resultado de duodenitis inespecífica.

Conclusión

El páncreas heterotópico se define por la presencia de tejido pancreático de localización ectópica (más frecuentemente en duodeno). La distrofia quística duodenal es la consecuencia de la inflamación consecutiva y reiterada de este páncreas ectópico que tiene como Resultado la formación de masas complejas y/o quísticas que, aunque suelen ser asintomáticas, pueden cursar con dolor abdominal, plenitud gástrica, dispepsia o síndrome ulceroso. Raramente, cursan con obstrucción duodenal, pancreatitis aguda y hemorragia digestiva alta. La distrofia quística duodenal debe incluirse dentro del diagnóstico diferencial de las lesiones quísticas de la encrucijada pancreática, además de las neoplasias, quistes congénitos y pseudoquistes.

C0168 HERNIA TRAUMÁTICA DE LA PARED ABDOMINAL: HALLAZGOS EN TC. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Rocío Mora Monago, Álvaro Emilio Moreno Puertas, Luis Fernández Prudencia, Mario Trinidad Ruiz, Yonil Gregorio Piña Alcántara, Ana López Moreno Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

Objetivos

Presentar un caso de hernia traumática de la pared abdominal. Revisar cuáles son los principales mecanismos de producción y hallazgos radiológicos (fundamentalmente en la TC) que caracterizan a las hernias traumáticas de la pared abdominal.

Material y Método

Presentamos un caso de hernia traumática de la pared abdominal en un paciente de 24 años que sufrió un accidente de tráfico. A su llegada a urgencias el paciente se encontraba hemodinámicamente estable. La exploración física mostraba un abdomen duro, doloroso a la palpación, con presencia de erosiones y heridas por abrasión en hipocondrio y flanco izquierdos.

Se le realizó un TC tóraco-abdomino-pélvico, que puso de manifiesto una hernia traumática de la pared lateral izquierda del abdomen secundaria a desinserción de la musculatura oblicua, con salida de asas de intestino delgado a través del defecto herniario.

Resultado

Las hernias traumáticas de la pared abdominal se definen como roturas miofasciales causadas por un traumatismo directo, sin que exista penetración de la piel ni evidencia de hernia previa en el sitio de la lesión. En la mayoría de los casos están causadas por accidentes de tráfico y suelen producirse en aquellas localizaciones en las que existe una debilidad de la pared abdominal.

Conclusión

Aunque las hernias son la patología más frecuente de la pared abdominal, las hernias de origen traumático se consideran una entidad rara. Su diagnóstico debe realizarse en función de la situación clínica que presente el paciente a su llegada a urgencias. Si existe inestabilidad hemodinámica, la exploración física es suficiente para indicar el tratamiento quirúrgico. Si por el contrario las condiciones del paciente así lo permiten sería de gran utilidad realizar una TC, ya que nos va a permitir valorar la propia hernia (la anatomía de las capas miofasciales rotas y el contenido de la misma), así como descartar la presencia de lesiones intraabdominales.

C0178 ACTUALIZACIÓN EN CÁNCER DE ESÓFAGO. CONSIDERACIONES ANATÓMICAS, CLASIFICACIÓN Y ESTADIFICACIÓN CLÍNICA

Javier Encinas de la Iglesia, Miguel Ángel Corral de la Calle, Gabriel Fernández Pérez, Daniel Águeda del Bas, Alfonso Tejerizo García
Complejo Hospitalario de Ávila

Objetivos

Presentar una actualización en el cáncer de esófago, considerando la anatomía radiológica, drenaje linfático, clasificación (TNM 7ª edición) y métodos de estadificación clínica.

Material y Método

Presentación de los hallazgos mediante la revisión de casos clínicos de nuestro centro diagnosticados en los últimos años y revisión de la literatura.

Resultado

El cáncer de esófago ocupa el tercer lugar entre los tumores de origen gastrointestinal y con frecuencia se diagnostica en un estadio localmente avanzado. La ausencia de capa serosa y las particularidades del drenaje linfático, que explican la aparición de ganglios tumorales alejados del tumor primario, son características que facilitan la diseminación tumoral. La actual clasificación TNM (7ª edición) introduce novedades relevantes respecto a la anterior en cuanto a las características anatómicas del tumor, especialmente en la clasificación ganglionar, y tiene en consideración características no anatómicas para establecer los distintos grupos con valor pronóstico. Establece que los tumores de la unión esofagogástrica deben clasificarse como un grupo similar al adenocarcinoma de esófago. En la determinación del estadio clínico inicial del cáncer de esófago, la mayor precisión se obtiene con la combinación de ecoendoscopia, para determinar la infiltración tumoral en la pared y la extensión ganglionar local, TC y PET-TC para valorar la extensión a estructuras vecinas, la posible reseccabilidad y especialmente descartar la existencia de metástasis a distancia.

Conclusión

Existen particularidades anatómicas que hay que conocer para realizar una adecuada estadificación clínica en el cáncer de esófago de acuerdo a la actual clasificación TNM (7ª edición). La combinación de técnicas diagnósticas permite determinar de forma precisa en estadio clínico inicial.

C0179 EL DIAFRAGMA: REVISIÓN DE LA ANATOMÍA, PATOLOGÍA Y TÉCNICAS DE IMAGEN.

María Pina Pallín, María Rosa López Pedreira, Pilar Cartón Sánchez, Borja Toribio Calvo, Julio César Gallego Beuth, Rubén Darío Gómez Mora
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Objetivos

-Conocer la anatomía del diafragma y revisar las diferentes entidades que producen patología del mismo.

-Mostrar las diferentes técnicas de imagen útiles para su valoración.

Material y Método

Con interés docente recogemos los casos más representativos de patología diafragmática de nuestro hospital. Presentamos imágenes de radiología simple, TC, ecografía y RM, revisando las indicaciones de cada técnica.

Resultado

Clasificamos los hallazgos patológicos en tres grupos:

1- Trastornos de la función: Las disfunciones diafragmáticas incluyen la parálisis, la relajación y la eventración.

2- Trastornos anatómicos: Fundamentalmente hernias: Hernia de Morgagni, de hiato, paraesofágica, de Bochdaleck, congénita, traumática... y otros.

3- Patología pulmonar, pleural o abdominal que produce o, en algunos casos simula, alteración del diafragma.

Definimos estas entidades y mostramos los ejemplos más demostrativos de cada una de ellas.

Conclusión

Es necesario conocer la patología diafragmática, sus causas y las técnicas de imagen más adecuadas en cada caso para su correcta valoración

C0180 ISQUEMIA MESENTÉRICA CRÓNICA: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ENDOVASCULAR

María Isabel Tercero Azorín, José Fermín Gómez Jiménez, Juan David Molina Nuevo, Enrique Juliá Mollá, David Caldevilla Bernardo, Angel Javier Losa Palacios

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete Radiología

Objetivos

Describir los hallazgos radiológicos de la isquemia mesentérica crónica, exponer sus manifestaciones clínicas y aspectos fisiopatológicos, y conocer el manejo terapéutico endovascular a través de un caso clínico.

Material y Método

Se analizará un paciente de nuestro hospital con clínica de angina mesentérica y diagnosticado de isquemia mesentérica crónica por TC con oclusión del tronco celiaco y estenosis crítica de la arteria mesentérica superior. Se revisarán las pruebas diagnósticas realizadas y el procedimiento endovascular llevado a cabo para su tratamiento.

Resultado

La paciente es una mujer de 75 años, que presenta dolor abdominal y pérdida de peso. En el angio-TC se visualizan hallazgos radiológicos compatibles con isquemia mesentérica crónica, con oclusión crónica por trombosis del tronco celiaco y estenosis crítica de la arteria mesentérica superior con revascularización por flujo retrógrado colateral a través de la arteria mesentérica inferior. La arteria esplénica se encuentra trombosada por completo, dando lugar a infartos esplénicos. Así mismo, la paciente también presentaba una úlcera en la aorta abdominal infrarrenal. La paciente ingresa en nuestro centro de forma programada para tratamiento por Servicio de Radiología Vascular.

Se realiza una arteriografía que confirma los hallazgos tomográficos. Se coloca un stent-balón expandible en el origen de la AMS, mostrando el control posterior excelentes

Resultados.

A continuación se procede al tratamiento de la úlcera aórtica colocándose una prótesis cubierta balón-expandible. El control posterior muestra óptimos

Resultados.

No se producen complicaciones posteriores. La paciente presenta mejoría de la sintomatología.

Conclusión

El tratamiento endovascular de la estenosis de troncos viscerales en el contexto de la isquemia mesentérica crónica se está convirtiendo en la terapia de elección, obteniendo menos complicaciones que la cirugía y aumentando la tasa de supervivencia de los pacientes.

C0181 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LESIONES QUISTICAS DE PÁNCREAS

Thelmo Zamora Verduga¹, Teresa Martín Fernandez-Gallardo²

¹ Hospital Universitario de Fuenlabrada Diagnóstico por Imagen - Calle de Villajoyosa 96, 6º piso, puerta 5

² Hospital Universitario de Fuenlabrada Diagnóstico por Imagen - C/ Camino del Molino n° 2

Objetivos

Las lesiones quísticas pancreáticas son un grupo heterogéneo y complejo de patologías que incluye lesiones benignas, premalignas y malignas. El objetivo del poster es explicar el abordaje radiológico de las distintas lesiones y servir de material didáctico para médicos radiólogos, cirujanos y residentes.

Material y Método

El material que se utilizará para la realización del mismo consiste de una amplia revisión bibliográfica de las publicaciones más recientes disponibles y de la presentación de uno o varios casos del archivo radiológico de nuestro servicio (todos ellos con confirmación histológica) a manera de caso problema con su solución, por cada una de las patologías del diagnóstico diferencial.

Se realizará un resumen de los signos radiológicos más importantes de cada lesión en las diferentes modalidades, que diferencian las distintas entidades entre sí, presentando estos contenidos en diapositivas electrónicas.

Resultado

Una presentación en diapositivas electrónicas (Power point / Prezi) que tenga utilidad como método de enseñanza o medio de consulta rápida.

Conclusión

Solo a través de un completo conocimiento de la semiología de las lesiones quísticas del páncreas se puede llegar a realizar un correcto diagnóstico diferencial que sea un aporte válido para nuestros colegas y pacientes.

C0182 CÁNCER DE TESTÍCULO COMO CAUSA DE MASA ABDOMINAL GIGANTE.

Thelmo Zamora Verduga¹, Miguel Chiva De Agustin², Ángel Castaño Pascual³

¹ Hospital Universitario de Fuenlabrada Diagnóstico por Imagen - Calle de Villajoyosa 96, 6º piso, puerta 5

² Hospital Universitario de Fuenlabrada Diagnóstico por Imagen

³ Hospital Universitario de Fuenlabrada Diagnóstico por Imagen - Camino del Molino, 2

Objetivos

Presentación de un caso del archivo radiológico de nuestro servicio con una manifestación curiosa.

Material y Método

Revisión de la literatura disponible acerca de este tipo de manifestación y diagnóstico diferencial de la misma, historia clínica del paciente, imágenes del archivo radiológico de nuestro servicio y micrografías con la histología de la lesión.

Se realizará un resumen de los signos radiológicos más importantes de cada lesión en las diferentes modalidades, que diferencian las distintas entidades entre sí, presentando estos contenidos en diapositivas electrónicas.

Resultado

Una presentación en diapositivas electrónicas (Power point / Prezi) que tenga utilidad como método de enseñanza o medio de consulta rápida.

Conclusión

El seminoma es una de las patologías a considerar dentro del diferencial de masa abdominal gigante.

C0183 HIDATIDOSIS HEPÁTICA. EXPERIENCIA EN DIAGNOSTICO CON TC Y RM EN EL HOSPITAL CLINICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

Gonzalo Cárdenas Loguercio, Paula Csendes Gonzalez, Alvaro Sanhueza Segovia, David Herquínigo Reckmann, Hernan Aldana Vivero, Claudio Cortés Arriagada

Hospital Clínico de la Universidad de Chile Imagenología - Av. Santos Dumont 999, Independencia, Santiago

Objetivos

Describir los hallazgos en TC y RM de los pacientes con hidatidosis hepática diagnosticados en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile

Material y Método

Se analizan las imágenes de TM y RM de pacientes diagnosticados con hidatidosis hepática entre el 2006 y 2013. Se registran datos en planilla Excel y se analizan los datos obtenidos.

Resultado

Se diagnosticaron 44 pacientes y 53 quistes. El 51% fueron mujeres, con una edad promedio de 52,4 años. A 43 se les realizó TC y a 11 RM. El 81,1% de los quistes estaban en el lóbulo derecho. El hallazgo más frecuente en TM fue la presencia de calcificaciones (79,5%), la naturaleza quística y presencia de membranas. En RM el hallazgo más frecuente fue la presencia de membranas (63,6%), la apariencia heterogénea en T2 y la hipointensidad periférica en T2. Se detectaron 10 complicaciones, la más frecuente la comunicación con la vía biliar (4).

Conclusión

El principal hallazgo en TM fue la presencia de calcificaciones y en RM fue la presencia de membranas.

C0185 INFILTRACIÓN SECUNDARIA DE LAS VÍAS BILIARES QUE SIMULAN COLANGIOCARCINOMA. A PROPÓSITO DE 5 CASOS.

José Gutiérrez Chacoff¹, Juan Ayuso Colella¹, Mario Pages Llinás¹, Ana Darnell Martín¹, Sonia Rodríguez¹, Giancarlo Schiappacasse Faúndez²

¹ Hospital Clinic y Provincial de Barcelona Radiología - Villarroel 170, Barcelona

² Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago - Universidad del Desarrollo Radiología - Vitacura 5951 Santiago, Chile

Objetivos

La infiltración secundaria de la vía biliar es infrecuente y suele confundirse con colangiocarcinoma. La TC y la RM permiten evaluar estas lesiones, aunque la distinción entre ambos procesos no siempre es posible. Se presentan 5 casos clínicos, los hallazgos en TC y RM que orientan a obstrucción biliar maligna y los aspectos que ayudan en la caracterización de las lesiones.

Material y Método

Se revisan 5 pacientes con metástasis en las vías biliares (3) por tumores de colon, cervix y pulmón e infiltración de vecindad por carcinoma de páncreas (2) que simulaban colangiocarcinoma. El diagnóstico definitivo fue histológico en todos los casos. Se presentan los hallazgos en estudios de TC y/o RM.

Resultado

Todos los pacientes presentaron dilatación difusa de la vía biliar intrahepática en TC y/o RM. Dos presentaban una masa hilar infiltrante (uno de ellos con crecimiento tumoral en el interior de los conductos biliares) y tres mostraban engrosamiento de las paredes de las vías biliares con realce tardío. Dos tenían antecedentes previos de cáncer pulmonar y cervix, uno padecía de cáncer de colon y en dos el diagnóstico fue postquirúrgico (páncreas). La infiltración biliar secundaria se estableció tras la resección del tumor (2), de las metástasis (1), por punción aspirativa o cepillado de la vía biliar (1).

Conclusión

La TC y la RM permiten identificar una obstrucción biliar de causa neoplásica, pero presentan hallazgos inespecíficos que dificultan su diferenciación del colangiocarcinoma. Se debe sospechar un origen

metastásico de la obstrucción biliar en pacientes con historia oncológica. El diagnóstico definitivo requiere estudio histológico.

C0187 EVALUACIÓN RADIOLÓGICA POSTQUIRÚRGICA DEL BY-PASS GÁSTRICO Y SUS COMPLICACIONES

José Gutiérrez Chacoff, Mario Pages Llinás, Juan Ayuso Colella, Hugo Paladini, Ana Darnell Martín

Hospital Clinic y Provincial de Barcelona Radiología - Villarroel 170, Barcelona

Objetivos

- Describir la anatomía postquirúrgica de la técnica de la cirugía bariátrica de by-pass gástrico
- Revisar las complicaciones precoces y tardías de dicha técnica y los signos radiológicos que permiten su detección y diagnóstico diferencial, tanto en radiología convencional contrastada como en TC

Material y Método

Se revisan pacientes sometidos a by-pass gástrico en nuestro hospital, analizando aquellos que sufrieron complicaciones precoces o tardías asociadas al procedimiento quirúrgico y que fueron estudiadas con TC y/o RCC, seleccionando casos representativos. Se muestran diversos casos de dehiscencia de sutura y varios tipos de hernia, así como otras complicaciones más infrecuentes, como oclusión por besoar o perforación del remanente gástrico.

Resultado

Se recogieron imágenes representativas de las complicaciones precoces y tardías del by-pass gástrico, abarcando un amplio espectro de casos estudiados con TC y/o RCC. Se muestran diversos casos de dehiscencia de sutura y varios tipos de hernia, así como otras complicaciones más infrecuentes, como oclusión por besoar o perforación del remanente gástrico.

Conclusión

La RCC debe considerarse el estudio inicial para la detección de las complicaciones precoces del by-pass gástrico. El TC permite evaluar las complicaciones de las anastomosis entéricas distales y la presencia de hernias internas, pudiendo utilizarse como primer estudio en pacientes con sospecha de obstrucción intestinal o sepsis de origen abdominal.

C0191 HALLAZGOS TC EN EL TRASPLANTE PANCREÁTICO.

Alejandro Daniel Sotomayor Rojas¹, Mariana Benegas¹, Josep Guitart², Anna Darnell¹, M. Angeles García Criado¹, Marta Barrufet¹

¹ Hospital Clinic - Carrer Villarroel, 170

² Hospital Clinic

Objetivos

Describir la anatomía vascular y los hallazgos normales en los estudios de TC en pacientes con trasplante pancreático. Evaluar los hallazgos TC de las principales complicaciones en el postoperatorio del trasplante pancreático.

Material y Método

Se revisan los estudios TC realizados en pacientes con trasplante pancreático en nuestro centro desde el año 2007 y se analizan los datos relevantes que es necesario aportar en las principales complicaciones que pueden presentar estos pacientes.

Resultado

Se describe la anatomía vascular según las distintas técnicas quirúrgicas y los hallazgos TC normales en el postoperatorio del trasplante pancreático.

Se presentan ejemplos de las diferentes complicaciones que se pueden presentar: complicaciones vasculares (trombosis, estenosis, compresión extrínseca, sangrado activo, pseudoaneurismas y fístulas AV), parenquimatosas (pancreatitis aguda, rechazo), colecciones (hematomas, abscesos) y complicaciones intestinales (obstrucción del intestino delgado, perforación o necrosis duodenal).

Conclusión

La TC es una excelente técnica de imagen para valorar la anatomía del

trasplante pancreático y las posibles complicaciones que pueden surgir en el postoperatorio. El análisis preciso de las imágenes es crucial para una correcta planificación del tratamiento en estos pacientes.

C0195 EXAMEN DEL HÍGADO Y DEL ABDOMEN SUPERIOR A TRAVÉS DEL ESTUDIO DE TC (TOMOGRFÍA AXIAL COMPUTARIZADA) MULTIFÁSICO

Silvia Muñoz Viejo¹, M^a Dolores Molina Cárdenas², Juana Jimenez Bergillos³

¹ Distrito Sanitario Jaén Norte Radiología

² Distrito Sanitario Jaén Nordeste Radiología

³ Hospital San Agustín Enfermería

Objetivos

Descubrir en qué consiste el TC multifásico de hígado y la técnica empleada para su correcta realización.

Material y Método

El hígado al poseer aporte vascular doble, es importante estudiarlo mediante TC multifásico.

Indicaciones:

- Evaluación de la reseabilidad de tumores pancreáticos.
 - Detección y caracterización de lesiones focales hepáticas.
 - Detección y estadificación de tumores neuroendocrinos.
- Se inyecta el bolo de contraste (yodo) en una vena periférica y éste llega al hígado en primer lugar por la arteria hepática y más tarde y en mayor cantidad a través de la arteria porta.

Fases:

- Arteria hepática o arteria tardía. Se inicia la adquisición 5-10 seg después del pico de contraste en la aorta.
- De predominio portal. Unos 25-30 seg más tarde llega ya una mayor cantidad de contraste por la vena porta, aunque sigue llegando contraste por vía arterial.
- Fase venosa. A partir de los 90 sg y tiende a igualarse la concentración de contraste en arterias, venas portales y venas hepáticas aunque la atenuación vascular es mayor que la del parénquima. Por ello, ésta es la mejor fase para identificar los segmentos del hígado. Lo habitual para el hígado es adquirir dos fases: arterial tardía y portal tardía.

Resultado

En la fase arterial hepática las imágenes aparecerán con una mayor atenuación, las lesiones focales hipervasculares con flujo dependiente de forma preferente de la arteria hepática: son fundamentalmente los tumores hepatocelulares primarios, las fístulas, algunas metástasis hipervasculares y lesiones vasculares. En la fase de predominio portal se pueden detectar mejor las lesiones hipovasculares ya que se alcanza el pico máximo de realce hepático.

Conclusión

Debido al distinto comportamiento vascular de las lesiones focales hepáticas es muy importante en este caso la realización y obtención de imágenes de Tomografía Axial Computarizada (TC) en distintas fases después de la administración del contraste.

C0198 DIAGNÓSTICO VASCULAR MEDIANTE ANGIOGRAFÍA POR TOMOGRFÍA AXIAL COMPUTARIZADA (ANGIO TAC)

Silvia Muñoz Viejo¹, M^a Dolores Molina Cárdenas², Juana Jimenez Bergillos³

¹ Distrito Sanitario Jaén Norte Radiología

² Distrito Sanitario Jaén Nordeste Radiología

³ Hospital San Agustín Enfermería

Objetivos

Detallar en qué consiste la técnica angiográfica y a que proporciona imágenes con una alta resolución y excelentes reconstrucciones tridimensionales; para conocerlas con más detalle ya que además pueden estudiarse de forma más rápida grandes zonas anatómicas con una muy buena definición de los vasos de pequeño calibre.

Material y Método

La Angio TAC se realiza tras la administración de contraste (iodado a una velocidad de 4 a 5 ml/s a través de una vena anticubital) y se programa la adquisición dependiendo de la zona a estudiar y de la fase vascular que

interese en cada caso.

Como parámetros técnicos generales serían:

- Grosor de corte de 0,75 a 1,25 mm.

- Un pitch de 1-1,5. Un valor positivo alto daría lugar a un ratio señal/ruido pobre y disminuirá la reducción espacial. Un pitch menor se utiliza en imagen cardíaca.

- Los valores de Kv y mAs deberían ser proporcionales al peso del paciente. Un valor de 80-100 Kv es el recomendado para adultos jóvenes y niños, aunque los actuales TAC los realizan de manera automática.

Resultado

Se obtienen imágenes para la evaluación de los miembros inferiores y aorto-iliaca. Tendremos imágenes en 2 D con una máxima resolución espacial limitando el campo de visión a la zona de interés. Obtendremos imágenes mediante reconstrucciones multiplanares donde se valorarán mejor la luz de los vasos, los engrosamientos de la pared ateromatosis y la luz de las endoprótesis. Por último obtendremos también reconstrucciones entre 3 D, donde se creará una imagen que mostrará de manera más precisa las relaciones entre estructuras vasculares y no vasculares.

Conclusión

La Angio-TAC se ha impuesto como método de elección para el estudio de la patología vascular, ya que es una técnica sencilla, muy sensible y de gran utilidad en el diagnóstico de esta enfermedad.

C0199 COMPLICACIONES TARDÍAS DE LAS FÍSTULAS PERIANALES DE LARGA EVOLUCIÓN

Susana Bahamonde Cabria¹, Francisco Blanco Antona², Leticia Blanco Antona³, Jesús Garzón Ruiz¹, Monica González Rebollo¹, Blanca Esther Viñuela Rueda¹

¹ Complejo Asistencial De Palencia Radiodiagnóstico

² Hospital De Medina Del Campo Cirugía General

³ Universidad De Salamanca

Objetivos

Conocer la forma de presentación del adenocarcinoma mucinoso de localización perianal en un paciente con fístula perianal de larga evolución.

Material y Método

Se describe el caso de un varón de 50 años de edad con antecedentes de sífilis, VHB y VHC, y enfermedad fistulosa perianal de 13 años de evolución que había sido intervenido en múltiples ocasiones y era portador de colostomía con asa derivativa.

Se describen los hallazgos encontrados en TC y RM abdominopélvica.

Se realiza revisión bibliográfica del adenocarcinoma mucinoso perianal y sus formas de presentación.

Resultado

Se objetivó la presencia de una colección pélvica polilobulada de 6x10x12cm, lateralizada a la derecha, con múltiples burbujas en su interior y posible fístula uretral, que invadía la fosa isquiorrectal y el tejido celular subcutáneo del glúteo, donde se comunicaba con otras pequeñas colecciones abscesificadas.

El diagnóstico anatomopatológico fue adenocarcinoma mucinoso perianal sobre fístula perianal.

Conclusión

El adenocarcinoma mucoide constituye el 10% de todos los carcinomas anales; parece haber asociación con las enfermedades de transmisión sexual y con las fístulas perianales de larga evolución. La aparición sobre fístula perianal crónica es un proceso infrecuente aunque de diagnóstico tardío y asociado a mal pronóstico por lo que es importante un seguimiento continuado de estos pacientes.

C0201 PRESENTACION INFRECIENTE DE LOS TUMORES RECTALES

Susana Bahamonde Cabria¹, Francisco Blanco Antona², Leticia Blanco Antona³, María Moreno Barrero¹, Martín Moral Cano¹, Blanca Esther Viñuela Rueda¹

¹ Complejo Asistencial De Palencia Radiodiagnóstico

² Hospital de Medina del Campo Cirugía General

³ Universidad De Salamanca

Objetivos

Describir la forma de presentación de un tumor de recto en un paciente con dolor abdominal.

Material y Método

Se describe el caso de una mujer de 77 años de edad, histerectomizada por miomas uterinos junto con doble anexectomía. Refería dificultad defecatoria y rectorragia ocasional. En el tacto rectal se palpaba una masa a punta de dedo, por lo que se realizó rectoscopia rígida que mostró una lesión excrescente, de aspecto tumoral a 7 cm de margen anal, que no pudo ser sobrepasada.

Se realizó TC y RM abdominopélvica.

Se realiza revisión bibliográfica de la forma de presentación de los tumores rectales.

Resultado

Las imágenes de TC y RM mostraron una gran tumoración rectal excrescente, que condicionaba una invaginación de la unión recto-sigmoidea.

La biopsia confirmó la presencia de un ADC moderadamente diferenciado e infiltrante mucosecretor de recto.

La intervención quirúrgica (RAUB) confirmó los hallazgos de las pruebas de imagen, al identificarse un gran tumor rectal con invaginación del segmento de colon superior. El post-operatorio inmediato cursó sin complicaciones.

Conclusión

Cerca de un 5% de las invaginaciones suceden en adultos, constituyendo el 1% de las causas de obstrucción intestinal. Cuando ocurre en la región rectal se manifiesta por una dificultad para el vaciamiento de la ampolla recta y cierto grado de incontinencia, asociado a rectorragia y emisión de moco. La invaginación de segmentos intestinales distales por la presencia de tumoraciones en recto es infrecuente y normalmente es debida a grandes lesiones exofíticas.

C0202 TAC ABDOMINAL EN URGENCIAS:TRAUMATISMO ABDOMINAL.

Silvia Muñoz Viejo¹, M^a Dolores Molina Cárdenas², Juana Jimenez Bergillos³

¹ Distrito Sanitario Jaén Norte Radiología

² Distrito Sanitario Jaén Nordeste Radiología

³ Hospital San Agustín Enfermería

Objetivos

Conocer como se realiza un tac abdominal en el caso de un traumatismo en el abdomen en pacientes con caracter urgente, consiguiendo un diagnóstico adecuado en el estudio.

Material y Método

La técnica que debemos seguir es:

- Se prefiere la fase portal ya que la atenuación de las vísceras sólidas es más homogénea.

- Si se sospecha lesión de la vía urinaria o cuando tras signos de hemorragia activa, por lo que es útil adquirir imágenes tardías.

- En el caso de sospecha de rotura de la vejiga urinaria, es mejor rellenarla de forma retrógrada con contraste yodado diluido al 5-10%.

- Siempre se debe revisar todo el esqueleto y también las bases pulmonares para descartar un posible neumotórax.

- Para el diagnóstico de hematoma o perforación del tubo digestivo podría ser suficiente un estudio sin contraste, pero un bolo de contraste intravenoso muchas veces aporta información adicional.

- Puede ser útil un estudio en tres fases, basal, arterial y portal para valorar hemorragia digestiva aguda importante.

- Para la sospecha de isquemia mesentérica importante es suficiente con

dos fases: arterial y portal.

- Si se sospecha lesión del tubo digestivo se puede administrar contraste oral (yodado o baritado diluido en agua al 3-5%).

Resultado

Podemos tener en cuenta en el

Resultado final estas indicaciones: si el contraste administrado por vía oral se detecta fuera del tubo digestivo indica perforación y si aparece extravasación del contraste intravenoso se considera como un signo de hemorragia aguada importante. La presencia de aire o gas en la cavidad peritoneal indica perforación del tubo digestivo.

Conclusión

Gracias a la correcta y rápida realización de un TAC abdominal de urgencias se pueden salvar muchas vidas, ya que es un método muy empleado en este servicio por su eficaz detección de traumatismos abdominales.

C0203 TUMORES ADRENALES RAROS

Susana Bahamonde Cabria¹, Francisco Blanco Antona², Leticia Blanco Antona³, Pilar Redondo Buil¹, Begoña Inoriza Rueda¹, Blanca Esther Viñuela Rueda¹

¹ Complejo Asistencial de Palencia Radiodiagnóstico

² Hospital de Medina del Campo Cirugía General

³ Universidad De Salamanca

Objetivos

Mostrar las características y formas de presentación de los plasmocitomas suprarrenales.

Material y Método

Se describe el caso de una mujer de 76 años de edad, sin antecedentes personales de interés. Estudiada por anemia ferropénica, dolor abdominal y síndrome constitucional. En la exploración física se objetivó hepatomegalia y en las analíticas se objetivó anemia y una alteración de las pruebas de función hepática.

Se realizó una ecografía abdominal y TC abdominopélvico para completar el estudio.

Se realiza revisión bibliográfica de los casos descritos en la literatura.

Resultado

La ecografía demostró una hepato-esplenomegalia discretas, coledocistitis sin signos de colecistitis y 3 adenopatías >1 cm de diámetro a nivel del hilio hepático y del tronco celiaco.

En la TC se objetivó la presencia de una masa retroperitoneal de 6x6x5 cm, de densidad heterogénea y que contactaba con la glándula supra-renal izquierda, la cola del páncreas y la vena renal izquierda. Así mismo se visualizaron también múltiples adenopatías peripancreáticas.

Con el diagnóstico preoperatorio de probable liposarcoma se realizó cirugía con resección de la lesión en bloque de la tumoración retroperitoneal, que incluyó la glándula supra-renal izquierda, y colecistectomía. La anatomía patológica de la pieza resecada fue informada como plasmocitoma de localización supra-renal.

Conclusión

La dificultad diagnóstica de los plasmocitomas suprarrenales está justificada por su excepcionalidad (solo se han comunicado 5 casos en esta localización), y la ausencia de síntomas precoces por lo que se deben considerar en el diagnóstico diferencial de los incidentalomas suprarrenales, y de las tumoraciones retroperitoneales.

C0204 ESTUDIO RADIOLÓGICO DEL TUBO DIGESTIVO SUPERIOR: SERIADA GASTRODUODENAL.

Silvia Muñoz Viejo¹, M^a Dolores Molina Cárdenas², Juana Jimenez Bergillos³

¹ Distrito Sanitario Jaén Norte Radiología

² Distrito Sanitario Jaén Nordeste Radiología

³ Hospital San Agustín Enfermería

Objetivos

Analizar en qué consiste el estudio gastroduodenal para adquirir los conocimientos necesarios para la correcta realización del estudio.

Se utiliza para la valoración mediante rayos x y fluoroscopia del esófago,

estómago e intestino delgado. Se realiza de manera conjunta con un estudio esofágico con técnica de doble contraste y con bario de alta densidad.

Material y Método

El estudio comienza en posición en decúbito supino evitando el vaciamiento gástrico precoz con 60 ml de contraste (bario) para impregnar la mucosa y valorar los pliegues gástricos sin distenderse. Después se administra 120 ml de contraste y agente efervescente. Se coloca en decúbito prono oblicua posteriormente en oblicua anterior derecha para valorar curvaturas y el antro con doble contraste (aire) y el fundus. En posición prona oblicua posterior izquierda se evalúan el antro en contraste simple así como el vaciamiento gástrico, el píloro y el duodeno en fase de contraste simple. En supino oblicuo anterior derecho se observa el paso del gas al duodeno y se valoran las últimas porciones duodenales y el ángulo de Treitz.

Está indicado:

- Imposibilidad de realizar endoscopia.
- Diagnóstico de hernia de hiato.
- Controles posquirúrgicos.
- Dispepsia.
- Cirugía gástrica antigua.

Resultado

En el estómago los pliegues son más prominentes en la curvatura mayor del cuerpo gástrico. Con la distensión se borran los pliegues gástricos y observaremos un patrón reticular fino que corresponde a las áreas gástricas. En el duodeno, el bulbo tiene una superficie lisa. A partir de la primera rodilla duodenal se ven las válvulas conniventes.

Conclusión

Debido a la masiva utilización de la gastroscopia y de las técnicas diagnósticas de laboratorio, la aplicación del estudio baritado gastroduodenal es cada vez menor, ya que la gastroscopia permite una visión directa de la mucosa, con una eficacia superior.

C0206 ANGIOGRAFÍA ABDOMINAL POR TAC

Silvia Muñoz Viejo¹, M^a Dolores Molina Cárdenas², Juana Jimenez Bergillos³

¹ Distrito Sanitario Jaén Norte Radiología

² Distrito Sanitario Jaén Nordeste Radiología

³ Hospital San Agustín Enfermería

Objetivos

Conocer el protocolo técnico que se debe usar para realizar una correcta exploración debido a la importancia de este estudio en el diagnóstico abdominal.

Material y Método

Se suelen emplear flujos de contraste i.v. elevados (mayores de 1,2 g de yodo/s) y la adquisición de las imágenes se realiza coincidiendo con el pico máximo de realce de área vascular en estudio.

Si la adquisición de las imágenes es rápida se suelen emplear bolos de contraste más compactos. Esto permite en numerosas ocasiones reducir la dosis total de contraste y siempre condicionan una inyección más rápida y la necesidad de una sincronización precisa entre la inyección y la adquisición.

Se emplean los sistemas automáticos de detección de la llegada del bolo de contraste, con los que la adquisición de la serie de arteriografía por TC se inicia cuando la aorta ha alcanzado un valor de atenuación elegido de antemano (entre 150 y 200 UH) más unos segundos de retraso. Para el sistema venoso es más frecuente utilizar un retraso estimado a priori.

Resultado

Se puede estudiar la aorta abdominal o cualquiera de sus ramas viscerales para el diagnóstico y cuantificación de lesiones oclusivas, aneurismas o hemorragias.

Se puede estudiar el sistema venoso sistémico o portal, en los que la concentración de contraste que se consigue es bastante menor, ya que se diluye más en su trayecto desde la vena braquial.

Conclusión

Gracias a esta técnica se pueden obtener imágenes de cualquier vaso abdominal con una calidad diagnóstica similar a una arteriografía con catéter y en ocasiones aportando información adicional.

Las claves de un buen estudio arterial son la adecuada concentración de contraste en el vaso sanguíneo y la resolución espacial suficiente a través del empleo de cortes finos.

C0209 PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO HEPÁTICO: UNA APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA.

*María Cruz Ageitos Casais, Sandra Baleato González, Amadeo Arango Díaz
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela Radiodiagnóstico*

Objetivos

Describir el comportamiento clínico y radiológico del pseudotumor inflamatorio en el hígado.

Revisar los hallazgos existentes en las diferentes técnicas de imagen que permitan diferenciar el pseudotumor inflamatorio de entidades malignas como el colangiocarcinoma, y en base a ello plantear un adecuado algoritmo diagnóstico.

Material y Método

Se han revisado los diferentes estudios de imagen (TC, RM y ecografía) de dos casos de pseudotumor inflamatorio hepático confirmados por anatomía patológica.

Asimismo, se ha revisado la literatura médica existente hasta el momento actual tanto acerca de sus manifestaciones imagenológicas como de sus hipótesis etiológicas.

Resultado

A nivel hepático esta entidad presenta unas características radiológicas variables y un cuadro clínico larvado.

Conclusión

El pseudotumor inflamatorio es una rara entidad cuya etiopatogenia sigue en discusión y que puede presentarse en casi cualquier órgano. Suele manifestarse clínica y radiológicamente con características que simulan un proceso maligno a pesar de su naturaleza histológica benigna, resolviéndose frecuentemente tras terapia esteroidea o antibiótica. Es por ello importante realizar un adecuado diagnóstico con las diferentes técnicas imagenológicas y así ayudar al clínico a optar por la mejor y menos invasiva opción terapéutica.

C0210 MANEJO RADIOLÓGICO DE LA HEMATURIA.

Silvia Muñoz Viejo¹, M^a Dolores Molina Cárdenas², Juana Jimenez Bergillos³

¹ Distrito Sanitario Jaén Norte Radiología

² Distrito Sanitario Jaén Nordeste Radiología

³ Hospital San Agustín Enfermería

Objetivos

Saber en qué consiste la hematuria y establecer su causa mediante técnicas de imagen radiológicas.

Material y Método

La hematuria se define como la presencia de hematíes en la orina. En un primer momento su detección suele ser mediante la prueba de la tira reactiva en orina. El segundo paso es el empleo de las técnicas radiológicas.

Entre los métodos de imágenes radiológicas más importantes y a destacar son:

- Radiografía simple renoureterovesical. útil en grupo de edad más joven, aunque el 15% de las litiasis en esta edad no son radiopacas. Se debe incluir el área vesical y la sínfisis pubiana completa.

- La TAC. Secuencia basal de grosor medio para la valoración de litiasis. Si es negativa, se realiza una secuencia arterial (30 segundos) en tres supuestos básicos:

* Sospecha de lesiones vasculares.

* Evaluación de la perfusión de lesiones densas en la vía urinaria.

* Caracterización del pseudotumor renal.

En la fase nefrográfica (80-120s) es necesaria para el estudio y la caracterización de las masas renales, al tiempo que se requiere estudio

en fase excretora en la búsqueda de lesiones uroteliales de pequeño tamaño. Grosor de corte debe ser fino en la zona de transición del segmento dilatado / no dilatado de la vía urinaria.

Resultado

Mediante la reconstrucción multiplanar se obtiene la existencia o no de lesiones en las vías urinarias superiores o inferiores. Una vez realizada podemos distinguir entre lesiones neoplásicas e inflamatorias o vasculares.

Para la población general evaluada por hematuria microscópica la prevalencia de enfermedad nefrológica o urológica es del 13-50%, con 1-2% de hallazgos malignos.

Conclusión

El estudio de la hematuria debe realizarse de manera precoz para detectar las causas graves y así minimizar los exámenes sobre pacientes con causa benignas. La TAC se utiliza como segundo escalón en el protocolo de estudio de la hematuria.

C0211 PILEFLEBITIS: UNA COMPLICACIÓN GRAVE A TENER EN CUENTA EN EL ABDOMEN AGUDO.

María Isabel Tercero Azorín¹, María Dolores Monedero Picazo¹, Gemma Bueno Blesa², Jose Fermín Gómez Jiménez¹, María del Rosario Pastor Juan¹, Antonio Hernández Castro³, Purificación Parras Padilla¹

¹ Hospital General Universitario de Albacete Radiodiagnóstico - Hermanos Falcó 37 CP02006 Albacete

² Hospital General Universitario de Albacete Cirugía General - Hermanos Falcó 37 CP02006 Albacete

³ Hospital General de Villarrobledo Radiodiagnóstico - Avenida Miguel de Cervantes, s/n, 02600 Villarrobledo, Albacete

Objetivos

Describir los hallazgos radiológicos de pileflebitis, su evolución y asociación ocasional con procesos infecciosos intraabdominales en el contexto de la urgencia.

Material y Método

Se presentan dos casos diagnosticados de forma urgente de pileflebitis en el contexto de una apendicitis aguda y diverticulitis aguda de sigma respectivamente. El diagnóstico se realizó con ecografía y TCMD, y el seguimiento para demostrar la resolución del cuadro se hizo mediante TCMD abdominal

Resultado

Ambos pacientes debutan clínicamente con sospecha de un cuadro infeccioso abdominal (uno de ellos con sepsis) y tras diagnóstico de apendicitis en uno de ellos y de diverticulitis en el otro, se encuentra de forma sobreañadida una pileflebitis de vena mesentérica superior para el primero y de vena mesentérica inferior en el segundo.

Los hallazgos radiológicos consistieron en la identificación de gas intraluminal venoso y/o un trombo parcialmente oclusivo, con aumento del calibre venoso, y aumento de la densidad de la grasa adyacente del vaso afectado en la TCMD. En el caso de la apendicitis se visualizaron en la ecografía pequeñas venas trombosadas mesentéricas en fosa ilíaca derecha que orientaron esta complicación.

Tras tratamiento médico en ambos casos, además de cirugía en el caso de la apendicitis aguda, la evolución radiológica (además de la clínica) fue favorable con desaparición de los trombos en los controles sucesivos con TCMD.

Conclusión

La pileflebitis es una tromboflebitis séptica de la vena porta o de algunas de sus ramas tributarias, y puede constituir una complicación infrecuente pero grave de procesos infecciosos intraabdominales, siendo importante considerar esta posibilidad en pacientes valorados en urgencias

C0212 ESTUDIO DEL TUMOR ESTROMAL GÁSTRICO MEDIANTE RADIOLOGÍA.

Silvia Muñoz Viejo¹, M^a Dolores Molina Cárdenas², Juana Jimenez Bergillos³

¹ Distrito Sanitario Jaén Norte Radiología

² Distrito Sanitario Jaén Nordeste Radiología

³ Hospital San Agustín Enfermería

Objetivos

Estudiar el tumor estromal conociendo en qué consiste, donde se localiza y las técnicas empleadas para su detección.

Material y Método

Son tumores del estroma que derivan de un precursor de las células intersticiales que expresan un receptor de membrana Cajal y que expresa un receptor de membrana codificado por el gen Kit que los diferencia de otros tumores del estroma. Suelen estar localizados en el íleon y yeyuno, siendo más raro en el duodeno.

Se pueden realizar tres pruebas radiológicas distintas:

- Estudios baritados:

* Donde pueden aparecer como una masa intraluminal con márgenes bien definidos.

* Pueden aparecer cavidades o fístulas y la mucosa puede mostrar ulceración.

- TAC: suelen aparecer como masas intraluminales con extensión extraluminal. Son normalmente masas grandes y heterogéneas, y pueden mostrar calcificaciones. En los malignos puede aparecer extensión del mesenterio.

- RM: las zonas de tumor aparecen con captación de contraste. Se visualiza como masas y normalmente presentan hipointensidad en T1 e hiperintensidad en T2.

Resultado

Se originan en la capa muscular de la pared intestinal y su presentación suele ser la mayoría de las veces la de una masa que desde la pared intestinal se dirige hacia la pared abdominal. Suele aparecer ulceración hasta en un 50% de los casos. Sus dimensiones van desde pocos milímetros hasta 30 cm., con bordes bien definidos y pueden comprimir los tejidos adyacentes. Cuando son grandes, presentan cambios focales por hemorragia, de generación quística o necrosis.

Conclusión

Forma las neoplasias mesenquimatosas más frecuentes del aparato digestivo y suelen aparecer en personas mayores de 50 años. Constituye el cuarto tumor maligno primario más frecuente en el intestino delgado, siendo su incidencia del 9%.

C0213 CISTOADENOCARCINOMA SEROSO PAPILAR DE OVARIO CON EXTENSIÓN PERITONEAL

Laura Díaz Mallo, Juan Manuel Llanos Gómez, Pilar Nimar Núñez Vila, María Soledad Garrido Carrasco, Raúl De Armas Perdomo, Víctor Vázquez Sánchez

Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria

Objetivos

Los

Objetivos son:

1. Mostrar el espectro de hallazgos del cistoadenocarcinoma seroso papilar ovárico en Resonancia Magnética (RM).

2. Establecer la importancia de la presencia de las proyecciones papilares en los tumores epiteliales ováricos como posible marcador de agresividad tumoral.

Material y Método

Presentamos un caso de una paciente de 28 años con diagnóstico anatómico-patológico de cistoadenocarcinoma seroso papilar. Se empleó un equipo de RM (GE-1,5 T) aplicando secuencias T1 y T2 FSE, secuencias T1 FSE FAT-SAT y T1 con Gadolinio.

Resultado

Se identifica en el estudio RM una masa anexial bilateral compleja, multiquística, con proyecciones nodulares sólidas intraquísticas de

aspecto arborescente. Además, se objetiva en saco de Douglas lesiones de morfología arborescente que muestran un intenso realce tras la administración del medio de contraste, al igual que las proyecciones papilares intraquísticas.

Conclusión

La identificación de las proyecciones papilares, en una prueba de imagen en el estudio de tumores ováricos, es el mejor predictor para establecer que estamos ante una neoplasia de estirpe epitelial, además de su correlación con la agresividad tumoral. En estudios TC y RM se identifican proyecciones papilares en el 13 % de neoplasias benignas, en el 67 % de tumores con bajo potencial de malignidad y en el 38 % de neoplasias malignas.

C0214 INCIDENCIA, LOCALIZACIÓN Y PRUEBAS RADIOLOGICAS EMPLEADAS EN EL ESTUDIO DEL ADENOCARCINOMA

Silvia Muñoz Viejo¹, M^a Dolores Molina Cárdenas², Juana Jimenez Bergillos³

¹ Distrito Sanitario Jaén Norte Radiología

² Distrito Sanitario Jaén Nordeste Radiología

³ Hospital San Agustín Enfermería

Objetivos

Conocer en qué consiste este tipo de tumor, ya que es considerado como muy agresivo y las pruebas radiológicas necesarias para su pronto y correcto diagnóstico.

Material y Método

Este tipo de tumor es considerado como la neoplasia maligna más frecuente del intestino delgado que constituye el 40% de las neoplasias primarias en esta zona.

Como factores de riesgo podemos destacar los siguientes: patología celíaca, enfermedad de Crohn, ileostomía, cirugía de by-pass duodenal o yeyunal, cáncer colonrectal.

Las manifestaciones clínicas son inespecíficas pero al ser neoplasias rígidas normalmente condicionan la obstrucción de manera temprana.

Se suelen realizar tres tipos de pruebas radiológicas para conseguir un adecuado diagnóstico:

- Tránsito intestinal donde aparecen defectos de repleción polipoides y estenosis focales.

- Mediante el TAC y la RM suele visualizarse como una estenosis anular con bordes irregulares y de forma abrupta.

Normalmente la zona afectada de intestino delgado suele ser corta y la captación del contraste i.v. heterogénea y moderada. También suele verse como una masa pequeña de partes blandas o una lesión ulcerada.

Resultado

Normalmente el adenocarcinoma se suele presentar como una lesión que engrosa concéntricamente la pared y condiciona la estenosis. También se puede visualizar como una zona polipoidea, más frecuente en la zona del duodeno.

Hasta un 40% de este tipo de tumor suele presentar ulceración.

Conclusión

El adenocarcinoma se considera como el tumor primario maligno que muestra un comportamiento muy agresivo, con una supervivencia del paciente que lo sufre en un 20 -30% a los cinco años de su aparición. El lugar más frecuente donde suele aparecer este tipo de tumor es en la zona del duodeno y a continuación el yeyuno. Siendo este último la zona más frecuente en pacientes menores de cincuenta años.

C0215 CISTOADENOCARCINOMA BILIAR. ¿PUEDE EL RADIOLOGO DIFERENCIARLO DEL CISTADENOMA BILIAR?

Lucía Llana Álvarez, Enrique Ramón Botella, Miguel Paniagua González

HUGUM

Objetivos

Revisar las características en TAC y RM del cistoadenoma/cistoadenocarcinoma biliar, tu mor hepático muy poco frecuente, representando menos del 5% de las neoplasias quísticas hepáticas de origen biliar, e intentar identificar las características que orientan más a un origen maligno.

Material y Método

Se revisa el caso de una mujer de 70 años remitida desde otro hospital para estudio de probable neoplasia hepática.

En el TAC se objetiva una masa multiquistica hepática, entre segmentos II y IVa de lóbulo hepático izquierdo, de unos 5 cm, con tabiques finos y pequeñas calcificaciones groseras murales, sin nódulos sólidos ni papilas. Existe dilatación de la vía biliar intrahepática izquierda por compresión, así como compresión y estenosis segmentaria de la porta izquierda, y ausencia de visualización de la vena suprahepática izquierda por la misma causa.

En la RM se visualiza la masa multiquistica con cavidades hiperintensas en T2, sin formaciones papilares. En la Colangio-RM se observa dilatación arrosariada del árbol biliar intrahepático izquierdo.

Se propone el diagnóstico de neoplasia quística de origen biliar.

Resultado

Se realiza resección quirúrgica, con anatomía patológica de múltiples formaciones quísticas revestidas por epitelio disponiéndose focalmente en forma de pequeñas papilas, con núcleos sin mitosis, con discreto pleomorfismo, aumentado de tamaño, con nucleolo prominente e hiperromático, rodeado de estroma fusocelular, con el diagnóstico de cistoadenocarcinoma biliar in situ.

Conclusión

Ante una masa quística hepática, y más si es compleja, hay que considerar los cistoadenomas/cistoadenocarcinomas biliares, aunque sean muy poco frecuentes.

Se podría haber sugerido un origen maligno de la lesión aun en ausencia de nódulos murales y papilas, signos más específicos, atendiendo a las calcificaciones groseras y a la edad de la paciente, ya que el cistoadenocarcinoma se da en mujeres de más edad, y menos en la edad media propia del cistoadenoma.

Pero el diagnóstico definitivo lo da la anatomía patológica.

C0220 FÍSTULAS AORTOENTÉRICAS, PATOLOGÍA INFRECUENTE PERO MORTAL

Lucía Llana Álvarez, Marcin Javier, Mariano del Valle Dieguez, Nerea Álava Echevarría, José Javier Alarcón Rodríguez

HGUGM

Objetivos

Revisión de las fístulas aortoentéricas en TAC, dado que es una patología muy poco frecuente pero con una muy alta mortalidad, y que puede presentarse en ocasiones con signos muy floridos pero otras veces muy sutiles, siendo necesario su conocimiento y una especial atención.

Material y Método

Se revisan dos casos ocurridos en nuestro hospital, ambos con fístulas aortoentéricas "primarias". El primero era portador de bypass aortobifemoral desde hacía 3 años. Acudió a la Urgencia por hematemesis. La segunda era una mujer con carcinoma de cérvix estadio IV con síncope y dolor pélvico. A ambos se les realizó un TAC con contraste intravenoso, incluyendo una fase arterial.

Resultado

En el primer caso, los signos del TAC eran sutiles, pasando inicialmente desapercibidos. Presentaba imagen nodular de adición en aorta retroduodenal en relación con pseudoaneurisma, y engrosamiento mural de 3ª porción duodenal.

En la cirugía se confirmó la fístula aortoduodenal, así como infección del bypass aortobifemoral, que presumiblemente pudo determinar aortitis de base. El paciente murió 2 días después de fallo multiorgánico.

En el segundo caso se objetivó conglomerado tumoral retroperitoneal alrededor de aorta infrarrenal, con invasión de la misma así como de asa de íleon adyacente, con aire y contraste extravasado en el interior del conglomerado, y con contenido hemático en la luz ileal, datos sugerentes de fístula aortoileal. También se objetivó ausencia de realce mural de rectosigma, en relación con isquemia.

Se desestimó tratamiento quirúrgico, muriendo la paciente unas horas después.

Conclusión

La fístula aortoentérica, que puede darse en aortas protésicas, pero también de forma primaria, más raro, es una patología muy poco frecuente y con una mortalidad muy alta, que necesita de un diagnóstico lo más temprano posible.

Puede presentarse con signos más floridos o más sutiles, que requiere su conocimiento y una especial atención por parte del radiólogo.

C0221 PAPEL DE LA RM EN LA DETECCIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LESIONES HIPERVASCULARES EN HÍGADO NO CIRRÓTICO.

José Antonio Alonso López, Miguel Ángel Nieto Arroyo, Beatriz Bañares González, Jesús Ángel Simal Fernández, Alejandro Relea Sarabia, Blanca Viñuela Rueda
Hospital Río Carrión RM - Palencia

Objetivos

Estudiar el comportamiento, cuantificar y caracterizar mediante RM aquellas lesiones hepáticas hipervasculares detectadas en estudios de TCMD en fase arterial en pacientes neoplásicos y no neoplásicos con sintomatología diversa sin criterios de cirrosis.

Material y Método

Se realizaron estudios de RM hepática en un equipo Philips 1.5 T Achieva empleando secuencias T1 in-out phase, T2, T2 fat-sat, STIR, DWI sin contraste y secuencias GRE T1 fat-sat dinámicas en fases arterial, portal, equilibrio y hepatocelular postcontraste paramagnético extracelular u hepatoespecífico.

Resultado

Detectamos metástasis hepáticas hipervasculares en pacientes con neoplasias conocidas de riñón (tumor de células renales), GIST y melanoma, sospecha de tumor neuroendocrino (páncreas, carcinoide) y en pacientes con neoplasia de colon y mama con marcadores tumorales elevados y estudio de TCMD hepático en fase portal negativo. Asimismo caracterizamos lesiones hepáticas benignas que aparecen como incidentalomas en pacientes con sintomatología diversa extrahepática o con alteración de las pruebas funcionales hepáticas tales como hemangiomas (en sus tres tipos), HNF (con interés especial en el diagnóstico diferencial con el adenoma y el CHC fibrolamelar), adenomas (inflamatorio, mutación HNF1, adenomatosis) y shunts arterioportales postbiopsia hepática y en la telangiectasia hemorrágica hereditaria.

Conclusión

Existen numerosas lesiones hepáticas hipervasculares a veces de difícil filiación en las que es esencial el estudio diagnóstico por imagen para el manejo del paciente. La RM es la técnica de imagen de elección para su caracterización en donde el estudio dinámico postcontraste y el empleo de contrastes hepatoespecíficos son de vital ayuda para su diagnóstico.

C0226 ABSCESOS HEPÁTICOS PIOGÉNICOS: ENFOQUE DIAGNOSTICO

Giorgio Barbieri, Ana Azahara García Ortega, Matilde Fuster Quiñonero, Florentina Guzmán Aroca, Anyi Milena López Farfán, Carlos Ortega Hernández
Hospital Clínico Universitario Virgen De La Arrixaca Murcia

Objetivos

Se describen los hallazgos radiológicos en el estudio de los abscesos hepáticos mediante varias técnicas de imagen.

Material y Método

Se presenta el caso de un varón de 60 años que acude a Urgencias con cuadro clínico de fiebre y malestar general. Los estudios de ecografía con contraste, TC y RM de abdomen fueron compatibles con abscesos hepáticos múltiples. Mediante colangio-RM se descartaron alteraciones del tracto biliar. El diagnóstico definitivo se realizó mediante punción aspiración con aguja fina. Tras tratamiento antibiótico el paciente presentó una excelente evolución clínica y radiológica.

Resultado

Los abscesos hepáticos piógenos son una rara entidad y presentan una elevada mortalidad si no tratados de forma precoz. Son causados

normalmente por microorganismos gastrointestinales como Resultado de colangitis o de infecciones abdominales, siendo el factor de riesgo principal la presencia de alteraciones del tracto biliar. Las manifestaciones clínicas son altamente variables e inespecíficas. El diagnóstico de los abscesos mediante técnicas de imagen se ve dificultado por su apariencia variable, la cual depende de su estadio de evolución. En la ecografía se presentan como lesiones de aspecto quístico y morfología redondeada o geográfica, siendo un hallazgo típico el realce segmentario perilesional cuando se utiliza contraste. La TC es particularmente útil para detectar la presencia de gas y descartar patología intestinal subyacente. En la RM, suelen presentarse como lesiones hipointensas en T1 e hiperintensas en T2 de forma variable en función de su contenido. En los estudios con contraste se suele observar un realce anular periférico con ausencia de realce central.

Conclusión

Debido a la presentación clínica inespecífica de los abscesos hepáticos piogénicos, las pruebas de imagen son extremadamente útiles, ya que es de vital importancia el diagnóstico y tratamiento precoz para la reducción de su mortalidad. Las varias técnicas de imagen son importantes tanto para el diagnóstico como para la determinar la causa subyacente.

C0227 CARCINOMA OVÁRICO AVANZADO. ¿QUÉ ES NECESARIO DESCRIBIR EN EL INFORME?

Lucía Llana Álvarez, Luis Hernández Moreno, Ana Isabel Poza García, Wenceslao Vásquez Jiménez
HGUGM

Objetivos

El carcinoma ovárico es el segundo tumor ginecológico más frecuente y el más mortal, ya que se suele presentar con diseminación peritoneal avanzada. Es importante conocer los aspectos que hagan derivar a la paciente a un centro especializado, detectar enfermedad que impide citorreducción óptima, la que puede requerir subespecialización quirúrgica, y aquella que vaya a ser difícil evaluar por el cirujano.

Material y Método

Revisamos casos ocurridos en nuestro hospital, con la experiencia de nuestros radiólogos y cirujanos, y la literatura publicada al respecto.

Resultado

- Enfermedad peritoneal sutil que determina estadio IIIC y puede requerir derivación a otro hospital especializado: ascitis en hemiabdomen superior, engrosamiento, realce, calcificación, aumento de densidad, y reticulonodularidad peritoneal.
- Enfermedad que puede impedir citorreducción óptima: invasión de pared pélvica por el tumor primario. Infiltración extensa del mesenterio, con enfermedad confluyente, rigidez y retracción, con asas aglutinadas o separadas y anguladas; y compromiso de muchos segmentos intestinales, con asas distorsionadas y con engrosamiento mural. Estadio IV, con derrame pleural maligno y metas hepáticas hematógenas. Linfadenopatías en hemiabdomen superior, sobretodo si comprometen el eje portohepático. Grandes implantes, enfermedad confluyente en espacio subfrénico, eiplon menor, saco menor y ligamentos supracólicos, y en ligamento falciforme y lecho vesicular, sobretodo se comprometen eje portohepático.
- Es difícil evaluar en la cirugía la raíz del meso, y el cuadrante superior derecho.
- Puede requerir subespecialización quirúrgica los implantes hepáticos y perihepáticos, intestinales y en saco menor.

Conclusión

El carcinoma ovárico es muy frecuente, y desgraciadamente suele presentarse en estadios avanzados. Es importante reconocer signos sutiles de enfermedad peritoneal temprana, describir el tamaño y la localización de la enfermedad peritoneal con especial atención a aquellos implantes que puedan contraindicar una cirugía primaria. También es interesante evaluar con atención los sitios que serán más inaccesibles para los cirujanos, y aquella enfermedad que puede requerir participación de cirujanos especializados.

C0229 LEIOMIOSARCOMA HEPÁTICO PRIMARIO. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Ana Azahara García Ortega, Giorgio Barbieri, Matilde Fuster Quiñero, Anyi Milena López Farfán, Carlos Ortega Hernández, Guilda Morell González
Hospital Clínico Universitario Virgen De La Arrixaca Murcia

Objetivos

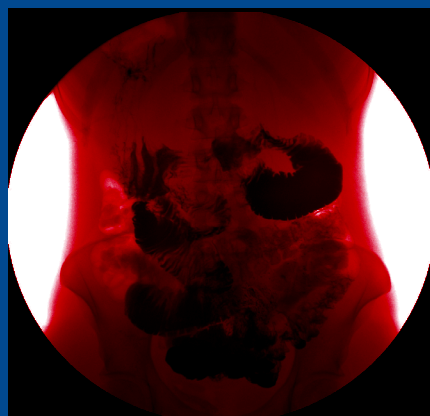
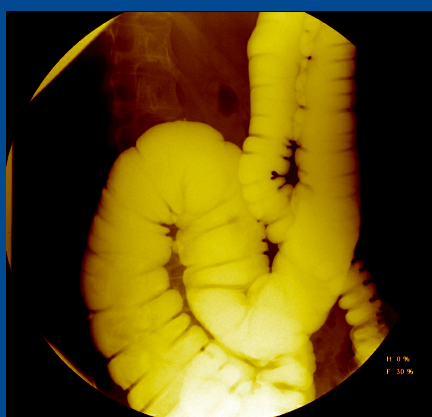
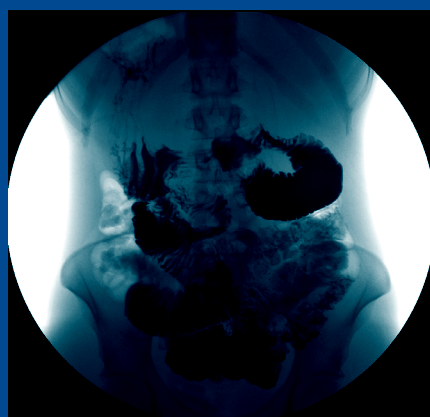
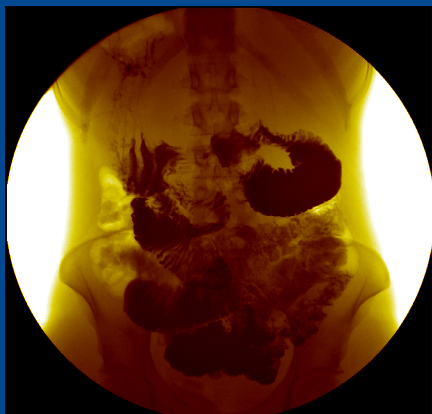
Material y Método

Los sarcomas primarios de localización hepática constituyen un grupo de tumores excepcionales en el adulto. El diagnóstico por imagen no aporta ningún dato específico en el estudio de la lesión hepática, ya que los hallazgos descritos serían superponibles a cualquier tumor hepático. En ocasiones el diagnóstico diferencial entre sarcoma hepático primario o metastásico puede resultar complicado, debido a la mayor frecuencia de sarcomas de otras localizaciones con metastatización hepática. Por ello el diagnóstico anatomopatológico resulta imprescindible, ya que puede filiar con seguridad el origen primitivo hepático. La cirugía constituye el tratamiento de elección, siendo el tratamiento de elección una resección anatómica con "márgenes oncológicos".

Conclusión

A pesar de su poca frecuencia, los sarcomas hepáticos deben tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de tumores hepáticos sólido en el adulto, en ausencia de cirrosis. El diagnóstico definitivo es siempre anatomopatológico y el único tratamiento que permite expectativas de vida es quirúrgico.

Radiología Abdominal



 **GEYSECO.es**
GESTIÓN DE CONGRESOS Y SOCIEDADES

SECRETARÍA TÉCNICA

C/ Universidad, 4 46003 Valencia Tel: 902 106 026 Fax: 902 369 498 e-mail: sedia@geyseco.es www.geyseco.es