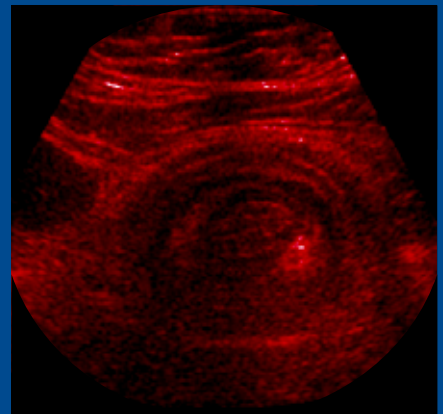
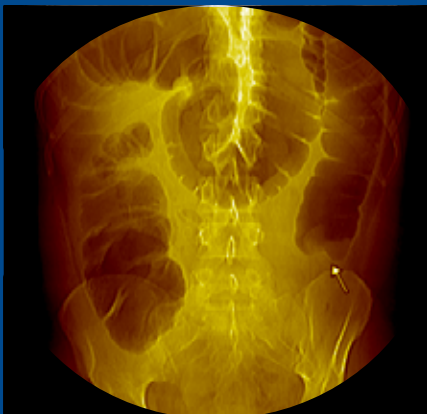
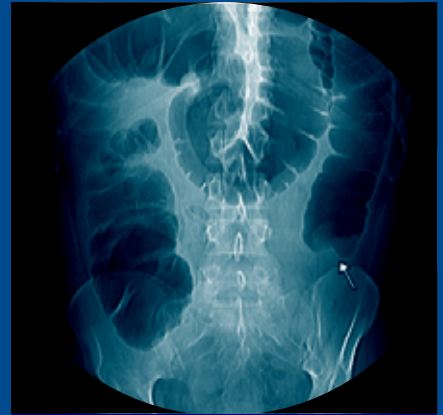
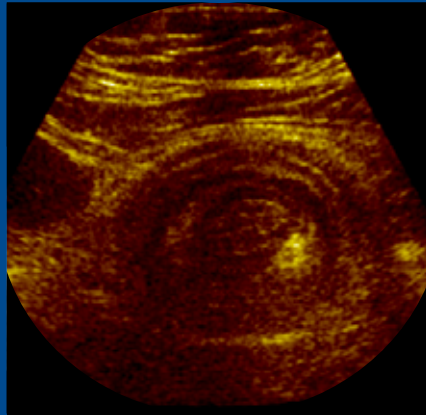
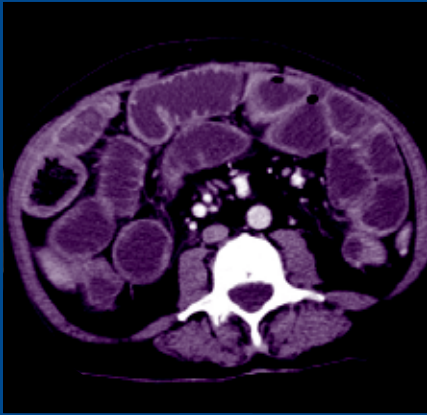


Radiología Abdominal

Revista Oficial de la **SEDIA**

Volumen 17 • N.º 1 • 2017



17 Congreso de la SEDIA
IMAGEN DE LA PATOLOGÍA DEL PÁNCREAS Y VÍA BILIAR: PRESENTE Y FUTURO

LIBRO DE RESÚMENES

Radiología Abdominal
Revista Oficial de la SEDIA

Edita:
Sociedad Española de Diagnóstico por
Imagen del Abdomen (SEDIA)



Alcalá, 135 / 28009 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

www.sedia.es

Editorial:

Estimados compañeros

Hemos dedicado el XVII CONGRESO de la Sociedad Española de Diagnóstico por Imagen del Abdomen, celebrado en Alicante los días 10-11 de noviembre de 2017, a la imagen de la Patología del páncreas y de la vía biliar: presente y futuro.

Este nuevo número de la revista está dedicado a los resúmenes de las ponencias y comunicaciones presentadas en el congreso.

El primer día se abordó la patología inflamatoria, tumoral e infiltrativa pancreática. Los diversos ponentes hicieron una puesta al día en el diagnóstico con diferentes técnicas de imagen, de la pancreatitis aguda, pancreatitis crónica, pancreatitis autoinmune y la infiltración grasa pancreática. También se evaluó el rol de la secretina en la patología que afecta a la morfología y funcionalidad pancreática. En cuanto a la patología tumoral, se revisó el rol de las técnicas de imagen en el estadiaje del cáncer de páncreas resecable, borderline resecable, localmente avanzado y metastásico así como en el resto de los tumores sólidos pancreáticos. Los tumores quísticos pancreáticos fueron abordados desde un punto de vista práctico con enfoque radiólogo-endoscopista.

El segundo día fue dedicado al diagnóstico por imagen del cáncer de vesícula y manejo del pólipo vesicular, de la colangitis crónica y autoinmune, de las complicaciones de la manipulación de la vía biliar y su diagnóstico con colangio RM y a la patología tumoral benigna y maligna de la vía biliar.

A este congreso se presentaron también un elevado número de comunicaciones orales y posters con elevado contenido científico.

Esperamos que la lectura de los resúmenes os sea de ayuda en vuestra práctica clínica diaria y esperamos contar con vuestra presencia en el próximo congreso de SEDIA que se celebrará los días 25 y 26 de Octubre en el Palau de Congressos de Girona.

Dra. Milagros Otero García
Presidenta XVII Congreso SEDIA
Vice-Presidenta SEDIA

Resúmenes:

17 Congreso de la SEDIA

IMAGEN DE LA PATOLOGÍA DEL PÁNCREAS Y VÍA BILIAR: PRESENTE Y FUTURO

PATOLOGÍA INFLAMATORIA PANCREÁTICA

PANCREATITIS AGUDA

Carmen María Ortiz Morales

La pancreatitis aguda (PA) es una de las patologías gastrointestinales más frecuentes y los radiólogos debemos utilizar la terminología acordada por consenso global para describir sus hallazgos en imagen porque de ello dependerá en gran medida la toma de decisiones clínicas y la planificación del tratamiento.

Hoy día las definiciones más aceptadas internacionalmente para hablar sobre PA son las publicadas en la revisión de la Clasificación de Atlanta (RCA) de 2012, que diferencia entre pancreatitis edematosa intersticial y pancreatitis necrotizante que puede ser sólo pancreática, sólo peripancreática o ambas.

La RCA divide los tipos de colecciones que pueden complicar la PA según su tiempo de evolución y contenido en colecciones líquidas peripancreáticas agudas y pseudoquistes, colecciones necróticas agudas y necrosis encapsulada y pseudoquiste postnecrosectomía. Y define también los conceptos de fallo orgánico (FO) transitorio, FO persistente y fallo multiorgánico, complicación local y sistémica, diferenciando así PA leve (sin FO, complicaciones locales ni sistémicas), moderada (con FO transitorio o complicaciones locales o sistémicas sin FO persistente) y severa (con FO persistente).

Tanto la necrosis pancreática como peripancreática pueden infectarse, lo que se diagnostica según la RCA cuando hay gas en páncreas o tejidos peripancreáticos en el TC o cuando una PAAF es positiva para bacterias y/u hongos. Pero en la era actual en la que se tiende a posponer al máximo la intervención y dada su tasa de falsos positivos y negativos, los resultados de una PAAF no conllevarán una intervención más temprana y por lo tanto no suele realizarse de forma rutinaria.

En la valoración de la severidad de la enfermedad por imagen, la técnica de elección es el TCMD con contraste i.v., que será rentable a partir de las 72 horas del inicio del cuadro y cuya información relevante podremos expresar al máximo plasmándola en un informe estructurado, como p.e. el propuesto por el sistema PANCOD. Por último, en cuanto al papel de la imagen en el tratamiento, su función fundamental va a ser guiar el drenaje percutáneo de colecciones y monitorizar la respuesta al mismo.

Y es que está aceptado que la intervención de la PN infectada (principal sustrato de intervención en la PA) debe estar basada en una aproximación mínimamente invasiva, siendo el drenaje radiológico y el endoscópico las técnicas iniciales más utilizadas y sólo en caso de que no funcionen ir aumentando progresivamente en complejidad e invasividad terapéutica, quedando la necrosectomía quirúrgica como última opción de tratamiento, la mayoría de las veces innecesaria.

AUTOIMMUNE PANCREATITIS: PANCREATIC AND EXTRAPANCREATIC MR IMAGING-MR CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY FINDINGS

Giovanni Morana

Autoimmune pancreatitis is a relatively new entity and it has been increasingly recognized. It has a prevalence of 1-6% of cases of chronic pancreatitis (1). Most of the affected patients are 40-60 years old, with a strong male prevalence.

An international consensus subdivided AIP in two forms: Type 1 (> 60 yo with male prevalence) and Type 2 (40 yo, no gender prevalence) (2). Type 1 is characterized by a systemic IgG4-associated disorder with elevated IgG4-positive cells in serology, the pancreas and other organs (salivary glands, kidneys and bile ducts). It is the most common form worldwide. Type 2 is primarily found in the pancreas, with a lack of IgG4-positive cells.

At MR imaging there is an enlargement of the pancreas, which is usually diffuse ("sausage shape"), with a hypointense capsule-like rim. In some cases a minimal peripancreatic fat stranding can be seen (3). On T2-weighted images the pancreas shows an increased signal intensity. MPD shows diffuse or focal stenosis, where narrowing is usually longer than the stenosis of the MPD in pancreatic cancer. Mild dilatation of the MPD upstream the affected area may occur. On T1-weighted images the affected pancreas shows a decreased signal intensity. Contrast enhancement of the affected pancreatic parenchyma is usually reduced, with a delayed contrast enhancement or a capsule-like rim (4).

After steroid therapy abnormal signal intensity of the pancreas improves to isointensity; pancreas return to normal size or becomes atrophic, the capsule-like rim disappears and stenosis of lower common bile duct improves with subsequent decompression of the biliary tree as well as of the pancreatic duct (4).

Some studies suggest that DWI is helpful in differential diagnosis and control after steroid treatment, with AIP showing signal intensity on DWI and ADC value well correlated with the active symptoms of AIP patients, suggesting that DWI may be an objective biomarker for determining the indication for steroid therapy (5). Signal intensity decreases after therapy, thus reflecting disease activity (6).

IgG4-related disease was recognized as a systemic disease in 2003, when extra-pancreatic manifestations were identified in patients with autoimmune pancreatitis. The disease has been reported as affecting virtually every organ system and has been identified in the biliary tree, salivary and lacrimal glands, kidneys, retroperitoneum, and many other organs (7).

References

1. Pearson RK, Longnecker DS, Chari ST, Smyrk TC, Okazaki K, Frulloni L, Cavallini G. (2003) Controversies in clinical pancreatology: autoimmune pancreatitis: does it exist? *Pancreas*. 27: 1-13
2. Zhang L, Chari S, Smyrk TC, et al. Autoimmune pancreatitis (AIP) type 1 and type 2: an international consensus study on histopathologic diagnostic criteria. *Pancreas*. 2011;40: 1172–1179.
3. Sahani DV, Kalva SP, Farrell J, Maher MM, Saini S, Mueller PR, Lauwers GY, Fernandez CD, Warshaw AL, Simeone JF. (2004) Autoimmune pancreatitis: imaging features. *Radiology*. 233: 345-52.
4. Manfredi R, Frulloni L, Mantovani W, Bonatti M, Graziani R, Pozzi Mucelli R. Autoimmune pancreatitis: pancreatic and extrapancreatic MR imaging-MR cholangiopancreatography findings at diagnosis, after steroid therapy, and at recurrence. *Radiology*. 2011 Aug;260(2):428-36.
5. Oki H, Hayashida Y, Oki H, Kakeda S, Aoki T, Taguchi M, Harada M, Korogi Y. DWI findings of autoimmune pancreatitis: comparison between symptomatic and asymptomatic patients. *J Magn Reson Imaging*. 2015 Jan;41(1):125-31.
6. Taniguchi T, Kobayashi H, Nishikawa K, Iida E, Michigami Y, Morimoto E, Yamashita R, Miyagi K, Okamoto M. Diffusion-weighted magnetic resonance imaging in autoimmune pancreatitis. *Jpn J Radiol*. 2009 Apr;27(3):138-42.
7. Martínez-de-Alegría A, Sandra Baleato-González S, Roberto García-Figueiras R et Al. IgG4-related Disease from Head to Toe. *Radiographics*. 2015 Nov-Dec;35(7):2007-25.

PANCREATITIS CRÓNICA

Xavier Merino Casabiel

Las técnicas de imagen en la pancreatitis crónica (PC), aunque tienen un valor relativo tanto en el diagnóstico etiológico como en el establecimiento de un diagnóstico precoz (lo que, dada su historia natural, debería ser el objetivo principal), constituyen herramientas imprescindibles en el manejo clínico de esta entidad. La TC (sin y con contraste) y la RM (RM páncreas y/o

colangiopancreatografíaRM –CPRM-) son las técnicas de imagen habitualmente indicadas dada su amplia disponibilidad y la importancia de la información aportada. El valor de la ecografía abdominal es limitado, pero constituye una técnica de gran valor en la población pediátrica.

Los signos de PC avanzada, tanto por TC como por RM, son típicos y se pueden clasificar como: 1) signos parenquimatosos (atrofia glandular, hipoperfusión, alteraciones de señal en la RM) o 2) signos ductales (calcificaciones/defectos de repleción ductales, dilatación y/o estenosis de conducto pancreático principal o secundarios, etc...). Con la finalidad de diagnosticar la pancreatitis crónica en fases más precoces, se postula que técnicas de imagen que combinan información morfológica y funcional como CPRM con estimulación de secretina (CPRM-s) no sólo mejorarían la detección de los signos ductales de PC, sino que además permitirían detectar y valorar de forma semicuantitativa el descenso de capacidad máxima excretora de jugos pancreáticos que precede a la insuficiencia pancreática excretora, típica de la PC.

Las técnicas de imagen, en especial la TC, son especialmente útiles en el seguimiento y/o detección de complicaciones asociadas a la PC, como son la presencia de pseudoquistes, trombosis vascular, pseudoaneurismas, fístula pancreática (ascitis y/o derrame pancreático) o neoplasia pancreática. El diagnóstico de cáncer pancreático en el contexto de PC es un problema radiológico frecuente y extremadamente complejo. Algunos de los signos que sugieren la coexistencia de un tumor son: ausencia del signo de “ducto penetrante”, presencia de calcificaciones ductales y/o parenquimatosas y la ausencia de masa en el punto de la obstrucción.

SECRETIN-ENHANCED MR IMAGING OF THE PANCREAS

Giovanni Morana

Administration of secretin stimulates the production of fluid and bicarbonate by the exocrine pancreas with an increase of the flow rate of the pancreas almost immediately and for a few minutes after. At the same time an increase in Oddi's sphincter (OS) tone is appreciated. In normal subjects, an increase in the main duct pressure is observed after 1 minute with an almost complete return to baseline values after 5 minutes, after reversion of OS contraction (1). The rise in the fluid volume of the MPD (MPD) makes it more clearly visualized at MRCP.

Serial acquisition of pancreatic duct with 2D thick slab sequence with a time interval of 30"- 60" for 10-15 minutes after IV administration of 1 ml/kg bw of secretin gives a dynamic visualization of the pancreatic response to secretin (2-5).

The advantages of secretin-enhanced MRCP are therefore both morphological and functional:

Morphological: better visualization of the MPD, easier detection of the anatomical variants, such as pancreas divisum; clear depiction of obstruction, stenosis, dilatation and irregular contours of the duct. As a whole, secretin MRCP increases the negative predictive value of MR imaging of the pancreas (6).

Functional: visualization of side branches at body-tail after secretin is a sign of early chronic pancreatitis; an abnormally prolonged dilatation of the MPD (>3 mm 10 min after secretin injection) indicates a deficit of pancreatic juice outflow; the parenchymogram (parenchymal enhancement) is a sign of recurrent acute pancreatitis; a reduced duodenal filling suggests a decrease in pancreatic exocrine reserve (5).

Secretin-stimulated MRCP images are improved in comparison to standard MRCP in many aspects and could aid in diagnosis and clinical decision making for patients with acute, acute recurrent, or chronic pancreatitis, yielding better identification of patients in need of therapeutic ERCP (7).

The most common clinical applications of secretin-MRCP are:

1. In Acute pancreatitis, Secretin-enhanced MRCP is only seldom used, but usually at least of two week after the acute onset are required prior to inject secretin (5), and it is particularly useful when assessing pancreatic fistulas.
2. In Recurrent acute pancreatitis, secretin-enhanced MRCP often plays a fundamental role in the diagnosis and management of patients with RAP. Secretin-enhanced MRCP is superior to conventional MRCP in detecting ductal abnormalities in patients with RAP, particularly for findings related to early chronic pancreatitis. In addition, secretin-enhanced MRCP shows a reduction in exocrine function in up to one-third of patients with recurrent acute pancreatitis (8). Moreover, in these patients a higher frequency of "acinarization" (parenchymal blush) can be observed, defined as a progressive increased signal intensity on T2-weighted images of the parenchyma on either side of the pancreatic duct in response to secretin-enhanced MRCP (8). Acinarization probably occurs in patients with a propensity for increased pancreatic ductal pressure (i.e., patients with divisum, elevated basal pancreatic sphincter pressure, ampullary tumor) and adequate exocrine function (absence of severe chronic pancreatitis). Sphincter of Oddi dysfunction (SOD) as a cause of IRAP remains controversial. In idiopathic RAP with nondilated ducts, the MRCP-S-guided approach gave diagnostic accuracy comparable to ERCP with regard to morphologic lesions, and it can be used as an alternative, avoiding ERCP-related complications in the diagnostic phase. MRCP with the secretin test (sMRCP) gives details of the morphology of the pancreatobiliary ductal system and permits indirect evaluation of sphincter of Oddi motility, as an alternative to more invasive tests such as manometry. However, the secretin test is less sensitive than manometry for intermittent sphincter motility disorders like types II and III SOD (9), thus after a negative sMRCP a manometry should be performed is clinical suspicious is high.

3. In chronic pancreatitis secretin-MRCP is able to detect early sign of chronic pancreatitis, as it replicates the imaging classification of ERCP, as stated in Cambridge classification (10), with small ductal changes suggesting early chronic pancreatitis. Moreover, with secretin-MRCP it is possible to quantify the loss of exocrine activity of the pancreas (1).
4. In mass-forming chronic pancreatitis (MFP) there is a stenosis of the wirsung's duct, which can simulate a pancreatic cancer (PC): after injection of secretin, the best imaging finding to differentiate MFP from PC is stenosis resolution, which was observed in 88.6% of MFP and in 0% of PC (11), whereas this finding is not observed in malignant duct stenosis.
5. In case of pancreatic pseudocyst MRCP with secretin injection may be helpful before planning the therapeutic approach in order to exclude a communication between pseudocyst and pancreatic duct that correlates with an increased risk of treatment failure (12).

References

1. Matos C, Cappeliez O, Winant C, Coppens E, Devière J, Metens T (2002) MR imaging of the pancreas: a pictorial tour. *Radiographics* 22:e2.
2. Manfredi R, Costamagna G, Brizi MG, Maresca G, Vecchioli A, Colagrande C, Marano P (2000) Severe chronic pancreatitis versus suspected pancreatic disease: dynamic MR cholangiopancreatography after secretin stimulation. *Radiology* 214: 849-55.
3. Akisik MF, Sandrasegaran K, Aisen AA, Maglinte DD, Sherman S, Lehman GA (2006) Dynamic secretin-enhanced MR cholangiopancreatography. *Radiographics* 26:665-77.
4. Manfredi R, Pozzi Mucelli R. Secretin-enhanced MR Imaging of the Pancreas *Radiology*. 2016 Apr;279(1):29-43. doi: 10.1148/radiol.2015140622.
5. Madzak A, Olesen SS, Wathle GK, Haldorsen IS, Drewes AM, Frøkjær JB. Secretin-Stimulated Magnetic Resonance Imaging Assessment of the Benign Pancreatic Disorders: Systematic Review and Proposal for a Standardized Protocol. *Pancreas*. 2016 Sep;45(8):1092-103.
6. Hellerhoff KJ, Helmberger H 3rd, Rösch T, Settles MR, Link TM, Rummeny EJ (2002) Dynamic MR pancreatography after secretin administration: image quality and diagnostic accuracy. *AJR Am J Roentgenol*. 179: 121-9.
7. Sherman S, Freeman ML, Tarnasky PR, Wilcox CM, Kulkarni A, Aisen AM, Jacoby D, Kozarek RA. Administration of secretin (RG1068) increases the sensitivity of detection of duct abnormalities by magnetic resonance cholangiopancreatography in patients with pancreatitis. *Gastroenterology*. 2014 Sep;147(3):646-654.e2. doi: 10.1053/j.gastro.2014.05.035. Epub 2014 Jun 4. PubMed PMID: 24906040.
8. Sandrasegaran K, Tahir B, Barad U, Fogel E, Akisik F, Tirkes T, Sherman S. The Value of Secretin-Enhanced MRCP

- in Patients With Recurrent Acute Pancreatitis. *AJR Am J Roentgenol.* 2017 Feb;208(2):315-321. doi: 10.2214/AJR.16.16566. Epub 2016 Nov 8. PubMed PMID: 27824485; PubMed Central PMCID: PMC5548551.
9. Testoni PA. Acute recurrent pancreatitis: Etiopathogenesis, diagnosis and treatment. *World J Gastroenterol.* 2014 Dec 7; 20(45): 16891–16901.
 10. Anaizi A, Hart PA, Conwell DL. Diagnosing Chronic Pancreatitis. *Dig Dis Sci.* 2017 Jul;62(7):1713-1720. doi: 10.1007/s10620-017-4493-2. Epub 2017 Mar 17. Review. PubMed PMID: 28315036; PubMed Central PMCID: PMC5478450
 11. Boninsegna E, Manfredi R, Negrelli R, Avesani G, Mehrabi S, Pozzi Mucelli R. Pancreatic duct stenosis: Differential diagnosis between malignant and benign conditions at secretin-enhanced MRCP. *Clin Imaging.* 2017 Jan - Feb;41:137-143. doi: 10.1016/j.clinimag.2016.10.020. Epub 2016 Oct 29. PubMed PMID: 27840266.
 12. Arvanitakis M, Delhaye M, De Maertelaere V, et al. Computed tomography and magnetic resonance imaging in the assessment of acute pancreatitis. *Gastroenterology* 2004;126: 715–723

PATOLOGÍA TUMORAL PANCREÁTICA

TUMORES QUÍSTICOS PANCREÁTICOS: MANEJO MULTIDISCIPLINAR (ECOENDOSCOPISTA Y RADIÓLOGO). ENFOQUE PRÁCTICO

Silvia Morales González, Amelia Muñoz Hernández

En los últimos años ha aumentado la incidencia de lesiones quísticas pancreáticas, debido al aumento en la esperanza de vida, a la mejora y mayor uso de técnicas de imagen y el mayor conocimiento e interés en estas patologías. Además, la demostración del potencial maligno de las lesiones mucinosas y su consideración como precursores del adenocarcinoma de páncreas, han impulsado la definición de predictores de malignidad por imagen, con la publicación de guías de consenso para el diagnóstico y manejo de estas lesiones (criterios de Sendai).

Los avances en las técnicas de imagen han permitido una mejor aproximación diagnóstica, siendo de gran importancia la evaluación de las características morfológicas (paredes, septos, nódulos murales, vascularización). La alta resolución espacial tanto de la TC multidetector como de las secuencias colangiográficas en Resonancia Magnética permiten además valorar la relación de las lesiones quísticas con el sistema ductal.

Paralelamente, el papel de la ultrasonografía endoscópica (USE) en el diagnóstico diferencial de las lesiones quísticas de páncreas es cada vez más claro. La USE permite no sólo la identificación, localización y caracterización de estas lesiones, sino que también

establece su grado de resecabilidad y puede utilizarse en su control y seguimiento. Además, mediante la punción, permite el análisis del líquido, incluyendo análisis bioquímico, citológico y molecular.

Tres entidades conforman aproximadamente el 90% de los tumores quísticos pancreáticos: la neoplasia serosa quística, la neoplasia mucinosa quística y la neoplasia mucinosa papilar intraductal. Otras entidades menos frecuentes incluyen la neoplasia sólida pseudopapilar y la degeneración quística de otros tumores (tumor neuroendocrino, adenocarcinoma ductal).

En ocasiones, la presencia de características típicas unido a los datos epidemiológicos, permiten realizar un diagnóstico definitivo. Sin embargo, dado el tamaño cada vez más pequeño de las lesiones detectadas, es relativamente frecuente encontrarse ante lesiones quísticas pancreáticas indeterminadas. En estos casos, el análisis del líquido es una herramienta adicional, con amplias perspectivas de futuro en relación al análisis molecular y genético.

Dado su potencial maligno, las lesiones mucinosas deben ser manejadas conforme a los consensos internacionales publicados, atendiendo a la presencia de predictores de malignidad que indiquen la necesidad de resección quirúrgica.

Por tanto, el diagnóstico de los tumores quísticos pancreáticos requiere la integración del trabajo del radiólogo y del ecoendoscopista, con el objetivo principal de identificar aquellas lesiones malignas o potencialmente malignas que sean susceptibles de un manejo terapéutico más agresivo.

CÁNCER DE PÁNCREAS

Carmen de Juan García

El cáncer de páncreas (CP) tiene mal pronóstico. El único tratamiento potencialmente curativo es la cirugía radical (IQ). Sin embargo, solo el 20% de los pacientes se diagnostican en estadio potencialmente quirúrgico.

El objetivo de la estadificación es definir si el tumor es o no resecable IQ, es decir, si tiene una elevada probabilidad de ser extirpado con márgenes quirúrgicos negativos (R0). El factor limitante principal para la cirugía es la existencia de infiltración vascular locoregional que lo haga irreseccable o de metástasis a distancia

En base a la infiltración vascular local y a distancia se definen cuatro estadios tumorales: Resecable, Borderline resecable (TBL), Localmente avanzado (TLA) y metastásico.

El TBL presenta infiltración vascular locoregional pero potencialmente extirpable, por lo que va a requerir resección

vascular en la IQ y tratamiento quimioterápico (QMT) neoadyuvante prequirúrgico. La clasificación como borderline implica un manejo y tratamiento distinto, y su evaluación radiológica es compleja.

Los criterios de reseccabilidad más comúnmente aceptados y utilizados son de la NCCN. Estos criterios definen como TB el contacto con deformidad o mayor 180° para las venas; y para las arterias el contacto o atrapamiento de un segmento corto de la arteria hepática, contacto menor de 180° para la Arteria mesentérica superior (AMS) y ausencia de contacto con el tronco celíaco (TC) para tumores de la cabeza. Los criterios de TLA son el contacto mayor de 180° con el TC o AMS, y la oclusión o infiltración no reconstruible de las venas.

Los pacientes con TBL o TLA reciben QMT neoadyuvante con el objetivo de disminuir el volumen tumoral y aumentar la posibilidad de realizar una resección R0. La precisión diagnóstica de la TC para evaluar la respuesta al tratamiento y la reseccabilidad en pacientes tratados con QMT es menor que en el estudio pre-IQ. Radiológicamente no es posible diferenciar la reacción desmoplásica y las células tumorales viables de la fibrosis y los cambios inflamatorios inducidos por el tratamiento. Los criterios radiológicos habituales de reseccabilidad no se correlacionan con la posibilidad de resección R0 en estos pacientes, ya que no existe correlación entre la respuesta en imagen y la respuesta patológica. Por lo tanto, en estos pacientes el objetivo de la CT es constatar la ausencia de progresión, y si no hay progresión intentar una resección.

La evaluación individualizada de cada paciente y en un contexto multidisciplinar, en estrecha colaboración con el resto de especialidades implicadas en el proceso diagnóstico y terapéutico, es imprescindible para un manejo adecuado del CP.

TUMORES SÓLIDOS PANCREÁTICOS: MÁS ALLÁ DEL ADENOCARCINOMA

Sonia Rodríguez Gómez

Indicaciones para el ponente:

- Protocolos en imagen para el estudio de los tumores sólidos pancreáticos
- Hallazgos típicos en imagen y diagnóstico diferencial

Resumen:

La TC multidetector (TCMD) es el método de imagen de elección y más ampliamente utilizado para la estadificación y seguimiento de los tumores sólidos pancreáticos, ya que su elevada resolución espacial permite detectar lesiones de pequeño tamaño.

Se dispone de diferentes protocolos de imagen que puede ser monofásicos, bifásicos, trifásicos combinando las diferentes fases disponibles (basal, arterial, pancreatografica, portal) en función del tipo de lesión a estudio y sin olvidar que una manera

minimizar la dosis de radiación de los pacientes es limitar el número de fases.

La utilización de TCMD permite también incorporar a la valoración del estudio las reconstrucciones mutiplanares (MRP) y curvas (CRP) o las proyecciones de máxima intensidad (MIP)

La TC con energía dual presenta algunas ventajas respecto a los TCMD: permite el cálculo virtual de una fase basal y visualizar mejor las lesiones pancreáticas hipo e hipercaptantes respecto al parénquima pancreático en adquisición obtenidas con bajo KvP.

La RM es el otro método de imagen que se utiliza para estadificación y seguimiento de los tumores sólidos pancreáticos. A diferencia de la TCMD en la RM el protocolo es más estándar y de incluir secuencias T2-weighted single-shot fast spin-echo (SSFSE), T1-weighted in-phase and out-of-phase gradient echo (GRE), T2-weighted fat-suppressed fast spin echo (FSE), Diffusion-weighted imaging (DWI), 3D T1-weighted fat-suppressed gradient-echo antes y después de la administración de contraste endovenoso (fase arterial, portal y de equilibrio) a e incluyendo secuencias colangiopancreatograficas (MRCP).

Conocer el resto de los tumores sólidos del páncreas y saber sus características demográficas, clínicas y por imagen ayudan a caracterizar la lesión y realizar un correcto diagnóstico diferencial. Los Tumores sólidos que se van incluir en la ponencia son Carcinoma de células acinares, Pancreatoblastoma Tumores neuroendocrinos, Tumor solido pseudopapilar, Linfoma primario de páncreas y Metástasis.

PATOLOGÍA INFILTRATIVA PANCREÁTICA

PATOLOGÍA INFILTRATIVA PANCREÁTICA

Carmen Ballester Vallés

Se han utilizado múltiples términos para describir la acumulación de grasa en el páncreas, como esteatosis pancreática, páncreas graso, lipomatosis pancreática, infiltración grasa, pseudohipertrofia lipomatosa y páncreas graso no alcohólico (NAFPD)

La primera descripción de la grasa pancreática fue hecha por Ogilvie en 1933 que reveló mayor incidencia de páncreas graso en cadáveres obesos en comparación con cadáveres no obesos (17% vs 9%, respectivamente).

La infiltración grasa del páncreas puede ser focal o difusa y congénita o adquirida. Los factores y las condiciones asociadas con la esteatosis pancreática son la edad, la obesidad y la diabetes mellitus. Englobadas en el síndrome metabólico. Otras enfermedades asociadas incluyen síndromes congénitos como la fibrosis quística, el síndrome de Shwachman-Diamond, el síndrome de Johanson-Blizzard y las mutaciones heterocigotos de

la carboxil-éster-lipasa. La esteatosis pancreática también se ha asociado con abuso de OH, hemocromatosis, infecciones virales como hepatitis B y estados de desnutrición como kwashiorkor, medicamentos (esteroides ...) También puede ser idiopática (ausencia de síntomas clínicos o analíticos).

Se han presentado hipótesis en que la esteatosis pancreática puede promover el desarrollo de pancreatitis crónica y el cáncer, exacerbar la gravedad de la PA, aumentar el riesgo de la cirugía de páncreas y conducir a la disfunción de las células B y el desarrollo de DM tipo II.

Existen dos mecanismos potenciales para la acumulación de grasa pancreática:

- La acumulación de triglicéridos intracelular asociada con un balance energético excesivo "infiltración grasa" o "NAFPD"
- Muerte de las células acinares seguida de la sustitución del tejido adiposo (cuando hablamos de reemplazo graso)

No hay un patrón oro para el diagnóstico histopatológico del páncreas graso debido a la limitada adquisición de tejidos y pocos estudios en pacientes vivos. La mayoría de las técnicas radiológicas disponibles se han utilizado para estudiar la esteatosis pancreática.

La ecografía es la técnica de imagen más ampliamente utilizada, disponible, barata, rápida y no invasiva. Tiene algunas limitaciones considerando que el páncreas puede no estar bien visualizado en pacientes obesos y la fibrosis pancreática también parece hiperecogénica.

La ecoendoscopia: Tiene como ventaja la proximidad de la sonda de ultrasonido al páncreas. Pero es un procedimiento invasivo, requiere sedación y riesgo de complicaciones.

La TC es una técnica fácilmente disponible, puede realizarse sin contraste iv. Desventaja: No se han definido puntos de corte para la esteatosis pancreática en la TC y por su exposición a la radiación. El grado leve de reemplazo graso focal del páncreas no puede ser diagnóstica con TC.

La mejor técnica de imagen para evaluar la presencia de grasa en el páncreas es la RM. Un enfoque simple para cuantificar el contenido de grasa del tejido es la técnica basada en el desplazamiento químico (Chemical Shift)

Presentaremos el estudio preliminar del trabajo de la Beca de Investigación de la SEDIA que se nos ha concedido cuyo objetivo consiste en estimar la grasa pancreática y hepática mediante el desplazamiento químico en RM y su relación con parámetros de riesgo de síndrome metabólico.

PATOLOGÍA INFLAMATORIA/AUTOINMUNE DE LA VÍA BILIAR. OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA BILIAR

MANEJO DEL PÓLIPO VESICULAR. CÁNCER DE VESÍCULA.

Ángeles Franco López

El hallazgo incidental de un pólipo vesicular o pólipo es muy frecuente y su manejo tras el diagnóstico es un problema clínico. La elaboración de una guía multidisciplinaria puede ser de gran utilidad para diferenciar cuáles controlar y/o extirpar.

Los pólipos vesiculares se pueden dividir en pseudopólipos (de colesterol, inflamatorios o focos de adenomiosomatosis) y pólipos verdaderos. El 70% de todos los pólipos son pseudopólipos y carecen en sí mismos de potencial maligno por lo que no sería necesario seguimiento. Sin embargo, los pólipos verdaderos pueden ser benignos o malignos. Los benignos suelen ser más comúnmente adenomas y los malignos adenocarcinomas. La secuencia adenoma-adenocarcinoma no está bien documentada. Dada la baja frecuencia de malignidad en el total de pólipos encontrados de manera incidental es importante establecer un algoritmo para determinar qué pacientes requieren colecistectomía, cuales necesitan seguimiento ecográfico y la frecuencia y duración del mismo.

Se revisa la bibliografía en la que hay acuerdo acerca de realizar colecistectomía en los pólipos de más de 10 mm o seguimiento si el paciente presenta comorbilidades y seguimiento en los que miden entre 6 y 9. En el caso de los menores de 6 mm no hay acuerdo pero incidencia de malignidades muy baja.

El carcinoma de vesícula es una entidad poco frecuente. Su pronóstico es malo, ya que cuando se detecta suele estar regionalmente avanzada, con infiltración hepática o ganglionar. En muchos casos es un hallazgo incidental en la anatomía patológica de una colecistectomía realizada por un proceso que clínicamente se etiquetó como inflamatorio.

Los carcinomas de vesícula biliar se originan habitualmente en el fundus (60%), y con menor frecuencia en el cuerpo (30%) o el cuello (10%). Se deben distinguir tres patrones diferentes de presentación: la gran mayoría de los adenocarcinomas de vesícula biliar son masas infiltrantes de márgenes mal definidos con origen en el fundus, que reemplazan la vesícula biliar e invaden órganos vecinos (especialmente el hígado); menos frecuentemente se presentan como un engrosamiento o nodularidad mural focal o bien como una masa polipoide intraluminal.

La ecografía, la Tomografía Computarizada y la Resonancia magnética son los medios habitualmente empleados en el diagnóstico y estadificación debiendo hacer el diagnóstico diferencial con procesos inflamatorios (colecistitis, adenomiosomatosis y colecistitis xantogranulomatosa), hepatocarcinoma, colangiocarcinoma o metástasis.

COLANGITIS CRÓNICA INFLAMATORIA/AUTOINMUNE*Ramiro Jesús Méndez Fernández*

La colangitis es una inflamación de los conductos biliares. La etiología más frecuente de la colangitis aguda es la infección ascendente de la vía biliar, habitualmente secundaria a una obstrucción por cálculos o por otras causas.

En los pacientes con tienen colangitis crónica o recurrente hay que considerar también en primer lugar la etiología infecciosa. Las infecciones biliares son más frecuentes en pacientes con antecedentes de cirugía o intervención sobre la vía biliar, pero también en pacientes con otras cirugías abdominales o con pancreatitis crónica-recurrente.

La colangitis esclerosante primaria (CEP) es una enfermedad crónica de etiología desconocida, que se caracteriza por inflamación, fibrosis y estenosis en los conductos biliares extra e intrahepáticos. Es una enfermedad progresiva que puede llevar a cirrosis hepática. Se asocia a la enfermedad inflamatoria intestinal, más a la colitis ulcerosa. Hasta un 80% de los pacientes con CEP tienen colitis ulcerosa en histología, pero sólo un 5-10% de los pacientes con colitis ulcerosa desarrollan una CEP.

La radiología tiene un papel importante en el diagnóstico de CEP. Ante una sospecha analítica (colestasis persistente) un estudio dirigido de RM es una prueba sensible y específica para el diagnóstico. Además de los signos colangiográficos típicos (zonas segmentarias de estenosis y de dilatación en conductos biliares intra y extrahepáticos) pueden verse también alteraciones parenquimatosas hepáticas.

También la RM se utiliza en el seguimiento de los pacientes con CEP para valorar estabilidad o progresión de la enfermedad y para intentar un diagnóstico precoz de neoplasias, fundamentalmente colangiocarcinoma.

La colangitis asociada a IgG4 es, como la CEP, una inflamación crónica y probablemente autoinmune. Suele afectar más a conductos extrahepáticos (más distal) con mayor engrosamiento y captación de contraste por lo que el diagnóstico diferencial muchas veces incluye también la etiología tumoral. Para el diagnóstico de esta entidad, además de los datos analíticos, es importante buscar signos radiológicos de enfermedad asociada a IgG4 en el páncreas, riñones u otros órganos. Cuando no se llega al diagnóstico puede intentarse el estudio histológico o también un tratamiento de prueba con corticoides.

En un paciente con colestasis y con estenosis de conductos biliares para diagnosticar CEP deben excluirse causas secundarias. Además de la IgG4 están la etiología isquémica, la colangiopatía portal, la colangitis asociada a HIV, colangitis eosinófila, colangitis piógena recurrente (colangiopatía oriental), estenosis secundarias a cirugía, neoplasias, etc. Los antecedentes clínicos y datos analíticos son clave, pero algunas de estas entidades tienen una semiología radiológica característica.

COLANGIO RM. IMAGEN DE VÍA BILIAR MANIPULADA**IMAGEN DE LA VÍA BILIAR MANIPULADA***Vicente Navarro Aguilar*

Cualquier procedimiento quirúrgico, endoscópico o percutáneo que se realice sobre la vía biliar o alguna de sus estructuras vecinas va a tener alguna repercusión sobre ésta, y estos cambios se pueden identificar en las diferentes pruebas de imagen. De esta forma, podemos dividir estos cambios en hallazgos normales o esperables, y complicaciones.

Los hallazgos normales son los que aparecen después de la manipulación de la vía biliar pero que no traducen patología alguna. Ejemplo de esto es la dilatación del colédoco que se produce en pacientes colecistectomizados. También la neumbilia es frecuente después de manipulación endoscópica (CPRE) o en las anastomosis bilio-entéricas donde ya no hay esfínter de Oddi.

En las anastomosis biliares colédoco-colédoco del trasplante hepático es normal encontrar discordancias de calibre entre la vía biliar del donante y la del receptor, irregularidades de la anastomosis o la presencia de dos císticos, sin que todo ello tenga una significación patológica.

Las complicaciones derivadas de la manipulación de la vía biliar no son un hallazgo infrecuente en los diferentes procedimientos. Las manifestaciones clínicas y los datos de laboratorio son inespecíficos, por lo que las pruebas de imagen tienen un papel fundamental. Estas complicaciones pueden dividirse, según el momento de aparición, en precoces y tardías. Las precoces se producen en los primeros tres meses tras la cirugía, y de ellas la más importante es la fuga biliar, que es la complicación más frecuente del trasplante hepático. La escisión o ligadura del árbol biliar es secundaria fundamentalmente a colecistectomía.

La complicación tardía más frecuente es la estenosis, y es más frecuente en las anastomosis bilio-entéricas. Otras complicaciones importantes son la infección – colangitis, de origen ascendente y que puede evolucionar hacia la formación de abscesos hepáticos.

La presencia de litiasis o barro sugiere la presencia de una estenosis subyacente, y el diagnóstico diferencial debe realizarse con la neumbilia. La hemobilia es muy poco frecuente y suele ser secundaria a un proceso invasivo. Por último, la necrosis de la vía biliar es consecuencia de una trombosis de la arteria hepática. Para concluir, es importante conocer los cambios que los diferentes procedimientos ocasionan en la vía biliar, tanto los que son normales como los que son resultado de un proceso patológico. Las manifestaciones clínicas y los datos de laboratorio de las complicaciones son inespecíficos, por lo que las pruebas de imagen juegan un papel fundamental.

PATOLOGÍA TUMORAL

COLANGIOCARCINOMA INTRA Y EXTRAHEPÁTICO

M.Teresa Martín Fernández-Gallardo

Clasificación anatómica (AJCC):

- Intrahepáticos
- Hiliares: hasta conductos de 2º orden (tumor de Klatskin)
- Extrahepáticos

Clasificación morfológica (grupo japonés):

- Nodular: masa hepática
- Periductal infiltrante
- Mixto: periductal y masa hepática
- Intraductal: polipoideo

Independientemente del tipo, el tratamiento curativo es la resección quirúrgica con márgenes negativos, así que primordial en su estudio no solo es hacer el diagnóstico sino valorar la resecabilidad. Esto es especialmente complicado en el colangioma hilar por sus relaciones anatómicas. La afectación nodal es resecable si es hilar y no resecable más allá del ligamento hepatoduodenal. Baja sensibilidad del TC. Se estudia en la cirugía. Para descartar enfermedad a distancia TC toracoabdominal. Valorar otras lesiones hepáticas, pulmón e implantes peritoneales. En su aspecto típico no se biopsia por el riesgo de diseminación peritoneal

Colangioma hilar: Se presenta en imagen como lesión estenosante o mixta. Para valorar extensión en la vía biliar y el tipo de cirugía se usa la clasificación de Bismuth –Corlette, El tipo IV no es quirúrgico. Otros criterios de irreseccabilidad; afecta la porta principal o la porta o atrofia contralateral al lado biliar infiltrado. Esto se contempla en la clasificación propuesta por Memorial Sloan Kettering CC. Su estudio precisa de TC multicorte en fase arterial y portal, 2mm, velocidad de infusión alta (4ml/s) y colangioRM con radiólogo a pie de máquina. Si se va a hacer hepatectomía derecha, (IIIa) o izquierda(IIIb), puede requerirse embolización portal y volumetrías.

Atención a las variantes de la vía biliar que pueden variar el pronóstico y la cirugía.

El colangioma extrahepático se presenta como lesión estenosante. Se estudia igual que el hilar. Diagnóstico diferencial: al igual que en el hilar, con las colangiopatías (esclerosante, autoinmune, linfoplasmocitárica) y el Mirizzi.

El colangioma intrahepático habitualmente patrón nodular. En su forma típica es una lesión hipovascular grande con captación en anillo, en arterial y portal y captación central tardía (fibrosis, negra en T2). Típica también la retracción capsular y dilatación de vía biliar peritumoral. Patrón atípico pero no infrecuente, lesión hipervascular, normalmente sin lavado. Más frecuente en cirróticos y lesiones pequeñas. Se estudia con TC trifásico, valorando extensión y lesiones satélites. Si compromete al hilio, hacer colangioRM

Diagnóstico diferencial con metástasis y hepatocarcinoma.

El colangioma papilar es una variante de mejor pronóstico con crecimiento papilar intraductal habitualmente múltiple, y más superficial que en profundidad.

TUMORES DE LA VÍA BILIAR: MÁS ALLÁ DEL COLANGIOCARCINOMA

Carmelo Palacios Miras

La vía biliar está compuesta por una sola capa de epitelio laminar que descansa sobre la membrana basal. Luego encontramos una pared de tejido conectivo denso que contiene colágeno, fibras elásticas y grupos de células de músculo liso, así como glándulas mucosas. Posteriormente encontramos la subserosa que se compone de tejido adiposo, vasos sanguíneos, vasos linfáticos y células ganglionares. Los tumores de la vía biliar pueden derivar de cualquiera de las células que la componen.

La Organización Mundial de la Salud clasifica los tumores de vía biliar en: tumores epiteliales benignos (adenoma y neoplasia intraepitelial), tumores epiteliales malignos (diferentes tipos adenocarcinoma, carcinoma adenoescamoso, epidermoide, de células pequeñas, neuroendocrino de células grandes y tumor carcinoide), tumores no epiteliales (tumor de células granulosas, leiomioma, leiomiocarcinoma, rhabdomiocarcinoma, paraganglioma, sarcoma de Kaposi, melanoma y linfoma) y por último tumores secundarios o metastásicos. El 95% de estos tumores corresponden con adenocarcinomas, siendo por lo tanto el resto, muy raros.

Los tumores de la vía biliar no-adenocarcinomas se pueden presentar como masas, lesiones polipoideas intraductales o como estenosis de la vía biliar. Casi todas las lesiones en estadio avanzado pueden dar aspecto de masas ya sean intrahepáticas o alrededor de la vía biliar extrahepática. Las lesiones polipoideas pueden corresponder con adenomas, pólipos inflamatorios, neurofibromas, metástasis y por supuesto adenocarcinomas. En raras ocasiones podemos encontrar múltiples lesiones polipoideas intraductales en cuyo caso tendremos que sospechar que nos encontramos ante una papilomatosis biliar, pólipos inflamatorios o metástasis. Es importante no confundir este tipo de lesiones con litiasis, con las cuales presentan las siguientes características diferenciadoras en pruebas de imagen: no dejan sombra ecogénica en la ecografía, realzan tras la administración de contraste y en la colangio-RM muestran bordes serrados (las litiasis suelen dejar sombra, no realzan y presentan un borde liso). Por otro lado, las lesiones que producen estenosis pueden corresponder con tumores de células granulares, tumores neuroendocrinos, adenocarcinomas y metástasis. Todas estas lesiones se manejan de forma invasiva porque producen obstrucción de la vía biliar, sin embargo, un buen diagnóstico diferencial puede ser útil en la planificación de la cirugía o endoscopia.

Comunicaciones Orales:

17 Congreso de la SEDIA

IMAGEN DE LA PATOLOGÍA DEL PÁNCREAS Y VÍA BILIAR: PRESENTE Y FUTURO

RES0051 IMPACTO DE LA RM POSTTRATAMIENTO NEOADYUVANTE-PREQUIRÚRGICA DEL CÁNCER DE RECTO EN LA ACTITUD TERAPÉUTICA

Ana Narbona Díez¹, Daniel Casanova Portoles², Nuria Rosón Gradaïlle¹, Juan Carlos Aparicio López¹, Victoria Garriga Farriol¹, Xavier Pruna Comella¹

Hospital General de Granollers

¹ Servicio de Diagnóstico por la Imagen

² Hospital General de Granollers Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo

Objetivos

Evaluar la precisión de la RM en el re-estadiaje local pre-quirúrgico del cáncer de recto y comparar con la literatura.

Valorar la utilidad de la RM de re-estadiaje local para cambiar la actitud terapéutica.

Material y método

Se evalúan los pacientes intervenidos de cáncer de recto en nuestro hospital desde enero de 2016 hasta mayo del 2017. Se recogen datos demográficos, localización del tumor, los resultados de la RM de estadiaje y la RM post-tratamiento, el tratamiento recibido, el tipo de intervención quirúrgica y el TN anatómico-patológico. Se comparan los resultados con los de la literatura.

Resultados

De un total de 42 pacientes, 12 mujeres y 30 hombres con una edad media de 63 años, se diagnostican 13 neoplasias de recto superior, 9 superior-medio, 8 de tercio medio, 4 medio-inferior, 7 inferior y 1 que afectaba los tres niveles. En la RM post-tratamiento se describe persistencia del T en 7 casos, remisión parcial en 26 y total en los 7 restantes. Los hallazgos se obtienen únicamente de las secuencias T2 por un radiólogo con más de 10 años de experiencia. En cuanto a las adenopatías, se diagnostica persistencia en 2 casos, remisión completa en 37 y parcial en 3. La Anatomía patológica demostró coincidencia de la T en 32 casos y de la N en otros 32 resultando un 76% de precisión de la RM pre-quirúrgica para el re-estadiaje del cáncer de recto tanto para la T como para la N. Estos hallazgos no supusieron en ningún caso un cambio en la actitud terapéutica del paciente.

Conclusiones

Los resultados de coincidencia entre la RM post-tratamiento y la pieza quirúrgica son superiores a los de la literatura para la T en nuestro centro. Sin embargo, no cambió la actitud terapéutica en ningún caso.

RES0074 DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO DEL CISTOADENOMA Y CISTOADENOCARCINOMA BILIAR

Cristina La Parra Casado¹, Rubén Molina Fàbrega², Miquel Forment Navarro¹, Pedro Poves Gil³, Rafael Sala López³

¹ Hospital de la Ribera. Radiología

² Hospital de Manises. Radiología

³ Hospital de la Ribera. Cirugía General y Digestiva

Objetivos

Evaluar los hallazgos radiológicos característicos que permitan el diagnóstico de sospecha de cistoadenoma biliar y su variante maligna, cistoadenocarcinoma, para diferenciarlos de quistes hepáticos no neoplásicos y proponer un adecuado tratamiento quirúrgico.

Material y método

Se incluyen 10 casos, 8 de cistoadenomas biliares con cirugía realizada y confirmación histológica, y 2 casos de cistoadenocarcinomas biliares, uno con confirmación histológica mediante biopsia percutánea y seguimiento radiológico y otro tras cirugía.

Resultados

De los 10 casos 5 eran hombres y 5 mujeres, con edades comprendidas entre 18 y 81 años, con masas quísticas de entre 2,7 y 15 cm. Los hallazgos radiológicos comunes de todas las lesiones fueron la presencia masa quística de bordes polilobulados, tabiques captantes y señal líquida homogénea. En algunos se pudo demostrar crecimiento en el tiempo, por comparación con estudios previos o por realización de control evolutivo. 1 caso presentó comunicación con la vía biliar, demostrada con contraste hepatoespecífico; 1 caso demostró extensión intraductal diagnosticada por obstrucción biliar tras cirugía. Los dos casos de adenocarcinoma presentaron las mismas características que los cistoadenomas además de nódulos sólidos de las paredes.

Conclusiones

El diagnóstico radiológico de cistoadenoma biliar sienta la indicación de escisión quirúrgica siempre que sea factible, dada su potencial capacidad de transformación maligna, por tanto, la sospecha radiológica debe ser muy alta. La diferenciación con lesiones indolentes, mayoritariamente quistes hepáticos tabicados o lobulados, es un reto diagnóstico, dada la implicación en el tratamiento. La presencia de nódulos o focos sólidos en las lesiones orientan a la presencia de tumor maligno.

RES0156 SOBRECARGA FÉRRICA EN LOS PACIENTES TRATADOS CON TRANSPLANTE ALOGÉNICO DE MÉDULA ÓSEA

José María Alústiza Echeverría¹, Ane Ugarte Nuño², Josune Zubikaray³, Juan Carlos Vallejo³, Emma Salvador Pardo¹

¹ Hospital Universitario Donostia Osatek

² Hospital Universitario Donostia Radiología

³ Hospital Universitario Donostia Hematología

Objetivos

- 1) Analizar la correlación entre el número de concentrados de hemáties transfundidos, la ferritina en sangre y la concentración de hierro hepático (CHH).
- 2) Estimar en qué pacientes es útil la RM previa al trasplante para evaluar la CHH.

Material y método

Estudio prospectivo a 26 pacientes consecutivos tratados con trasplante alogénico de médula ósea. Variables: Ferritina (ng/ml), número de concentrados de hemáties y CHH (micromol Fe/gr) previa al trasplante medida mediante RM. Se considera sobrecarga férrica cuando la CHH es > 36 µmol Fe/gr.

Resultados

Los pacientes habían recibido una media de 23,5 concentrados (Desviación Estándar (DE) : 15-30). La media de la ferritina en sangre fue 1368 ng / ml (DE: 882-1930) y la media de CHH 52,9 mmol Fe / g (DE: 21,5-87,4).

De 6 pacientes con <20 transfusiones y ferritina <1000 ng / mL ninguno tenía sobrecarga férrica.

De 15 pacientes con > 20 transfusiones y ferritina > 1000 ng / mL, 14 tenían sobrecarga férrica.

De 5 pacientes que tenían marcadores no coincidentes (1000 o > 20 transfusiones y ferritina <1000) 3 tenían sobrecarga.

Conclusiones

1. Se encontró una correlación positiva entre el número de transfusiones, la ferritina y la CHH: los pacientes con <20 transfusiones y con ferritina <1000 ng / mL no tienen sobrecarga de hierro y los pacientes con > 20 transfusiones y ferritina > 1000 ng / mL tienen sobrecarga. En ambos grupos de pacientes no es necesaria la RM.
2. En pacientes con marcadores no coincidentes, la medición de CHH mediante RM es útil para evaluar la sobrecarga de hierro.

RES0157 VARIABILIDAD DE LA SOBRECARGA FÉRRICA MEDIDA POR RM.

José María Alústiza Echeverría¹, Jose Ignacio Empanaza Knörr², Emma Salvador Pardo¹, Coloma Álvarez de Eulate López³, Ane Ugarte Nuño⁴, Elisabeth García Garciaarena¹

¹ Hospital Universitario Donostia Osatek

² Hospital Universitario Donostia Epidemiología Clínica

³ Hospital Universitario Donostia Calidad

⁴ Hospital Universitario Donostia Radiología

Objetivos

Descripción de la variabilidad en la lectura de un fantoma para sobrecarga férrica media y alta.

Material y método

En 86 máquinas de MRI de 1.5 teslas (Siemens, General Electric y Philips) se han realizado un total de 171 lecturas de un fantoma previamente validado (BioMed Research International 2015, ID 294024) para sobrecarga férrica media (64 micromoles Fe/gr) y alta (198 micromoles Fe/gr). 41 lecturas fueron realizadas en la máquina en la que se validó el fantoma y en 7 máquinas se realizó más de una lectura.

Técnica MRI: Para calcular la concentración de hierro se utiliza el método Signal intensity Ratio para el que se diseñó el fantoma (Radiology 2014;2:479-484) con dos secuencias en Eco de gradiente: (120,4,20°(TR,TE,Flip) y 120,14,20°) y utilizando el tubo sin hierro del fantoma como referencia para calcular los ratios de intensidad de señal.

Análisis estadístico: Descripción de los datos y se calcula la media, la desviación standard (DS) , la mediana y el rango intercuartil.

Resultados

El fantoma de sobrecarga férrica media muestra un valor mediana de 69 micromoles Fe/gr, rango intercuartil de 61 a 76, media 69 y DS de 10.

El fantoma de sobrecarga férrica media muestra un valor mediana de 193 micromoles Fe/gr, rango intercuartil de 182 a 204, media 194 y DS de 14.

Una única máquina presenta **resultados** con sobrevaloración de 15 micromoles tanto en sobrecarga férrica media como alta.

Conclusiones

La variabilidad de las lecturas del fantoma se encuentra dentro del rango de aceptabilidad tanto para sobrecarga férrica media como alta.

El fantoma permite descubrir máquinas que sobre o infravaloran la concentración de hierro e implementar las acciones necesarias para mejorar la calibración.

RES0158 VARIACIÓN DE LA CONCENTRACIÓN DE HIERRO EN HÍGADO MEDIDA POR RM AL UTILIZAR ANTENA DE SUPERFICIE EN UN METODO DE RAT

José María Alústiza Echeverría¹, Maite Iglesias Gaspar², José Ignacio Empanaza Knörr², Beatriz Criado¹, Emma Salvador Pardo¹, Coloma Álvarez de Eulate López³

¹ Hospital universitario Donostia Osatek

² Hospital universitario Donostia Epidemiología Clínica

³ Hospital Universitario Donostia Calidad

Objetivos

Evaluar la variación que supone en el resultado de los estudios de cuantificación de la concentración de hierro en hígado (CHH) por

RM mediante un método de Ratio de Intensidad de Señal (RIS) la utilización de antena de superficie.

Material y método

67 pacientes consecutivos referidos a la RM (Philips Ingenia, 1.5 Teslas) para evaluación de la CHH, han sido estudiados de manera sucesiva sin antena de superficie (con la antena integrada en el equipo) y con antena de superficie (Phased array coil de 24 canales). Para calcular la CHH se ha utilizado el método RIS de la SEDIA, con dos secuencias en Eco de gradiente (120,4,20° (TR,TE,flip) y 120,14,20°).

Análisis estadístico

Calculamos la recta de regresión de ambas variables, representamos el gráfico de Bland-Altman y calculamos el grado de acuerdo con el índice de Kappa.

Resultados

50 pacientes no tienen sobrecarga férrica (LIC<36 micromoles Fe/Gr), 13 tienen sobrecarga férrica moderada (<80 micromoles Fe) y 4 alta sobrecarga (> 80 micromoles Fe/gr).

El análisis de regresión muestra que la medición con antena de superficie da siempre valores excesivamente altos (Fe con antena= 27.9 + 1.37 x Fe sin antena) (r²=0.84).

En la mediciones realizadas con antena, 27 pacientes normales fueron considerados como sobrecarga moderada y 2 pacientes normales y 11 con sobrecarga moderada fueron considerados como sobrecarga alta (Kappa 0.1).

El análisis de Bland y Altman muestra ausencia de acuerdo entre ambas medidas por lo que la medición con antena no puede ser utilizada para la toma de decisiones clínicas.

Conclusiones

La utilización de antena de superficie en los métodos RIS modifica los resultados con una sobrevaloración que conlleva un falso diagnóstico de sobrecarga férrica en muchos casos.

RES0159 CONCENTRACIÓN DE HIERRO HEPÁTICO Y ESTEATOSIS EN PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO

José María Alústiza Echeverría¹, Agustín Castiella Eguzkiza², Iratxe Urreta Barallobre³, Garazi Letamendi⁴, Emma Salvador Pardo¹

¹ Hospital Universitario Donostia Osatek

² Hospital de Mendaro Gastroenterología

³ Hospital universitario Donostia Epidemiología Clínica

⁴ Hospital Galdácano Hematología

Objetivos

Evaluar la concentración de hierro hepático (CHH) y la esteatosis en pacientes con síndrome metabólico.

Material y método

Estudio prospectivo de pacientes consecutivos referidos por

elevación de la ferritina o del Índice de Saturación de Transferrina (IST) confirmado mediante un segundo análisis de sangre. En todos los pacientes se valoró mediante RM la CHH (Método SEDIA) y la presencia o no de esteatosis hepática (Secuencia T1 Fase-Fase Opuesta). Se definió la presencia o no de Síndrome Metabólico según las normas de la International Diabetes Foundation (Circulation 2009;120:1640-45)

Resultados

Se estudian 276 pacientes (240 hombres) (edad media 55 años) con valores medios de Ferritina e IST de 729,6 mg/L (Desviación Estándar (DE) 449,6) y 37% (DE 15,8).

135 pacientes, presentaron Síndrome Metabólico. Media de CHH 37,7 μmol Fe/gr ± 24,8. (IC 95%, 33,44 a 41,88), 49 pacientes con esteatosis.

141 pacientes no tenían Síndrome Metabólico: Media de CHH 43,4 μmol Fe/gr ± 36,4 (IC 95%, 37,32 a 49,46), 22 pacientes con esteatosis.

La diferencia de CHH en ambos grupos no es estadísticamente significativa (p = 0,12) y la diferencia en número de pacientes con esteatosis sí (p=0.000).

Conclusiones

Aproximadamente el 50% de los pacientes referidos por hiperferritinemia tienen Síndrome Metabólico. La concentración de hierro es similar en los pacientes sin y con Síndrome Metabólico. La esteatosis es dos veces más prevalente en los pacientes con síndrome metabólico.

RES0162 COMPARACIÓN DE LA ABLACIÓN PERCUTÁNEA DE CÁNCER RENAL MEDIANTE RADIOFRECUENCIA VS MICROONDAS.

Juan Mesa Quesada, María Eugenia Pérez Montilla, Sagrario Lombardo Galera, Juan José Espejo Herrero, Jorge Sastoque Gómez, Luis Zurera Tendero

Hospital Reina Sofía de Córdoba Radiología vascular e intervencionista

Objetivos

Comparar la eficacia y seguridad de la termoablación percutánea de cáncer renal mediante radiofrecuencia (RF) y microondas (MWs) y contrastar los **resultados** con los publicados en la literatura..

Material y método

Revisamos retrospectivamente los tumores renales malignos tratados mediante RF (sistema RITA) y MWs (sistema AMICA) en nuestro centro en los últimos 12 años (2005-2017). Se realizó control al mes del tratamiento para comprobar si existía resto tumoral y seguimiento cada 3-6 meses para detectar recidiva.

Resultados

Identificamos 55 lesiones en un total de 45 pacientes. 26 tuvieron

confirmación histológica mediante biopsia y en 29 el diagnóstico fue clínico/radiológico. 38 lesiones se trataron con RF y 17 con MWs. La media de tamaño tumoral en el grupo de MWs fue mayor que el grupo de RF (36 mm vs 26 mm respectivamente; $p = 0,001$). Se identificó resto tumoral en 9 lesiones tratadas con RF (por lo que se realizó una segunda intervención), de las cuales 4 presentaban localización exofítica y 5 no exofítica, mientras que todas las ablaciones fueron completas con MWs ($p = 0,02$). El tiempo medio de seguimiento fue de 26 meses y no se detectó ninguna recidiva tumoral. 4 pacientes (8,8 %) desarrollaron una o más complicaciones: 3 en el grupo de RF (lesión de vía urinaria, hematoma subcapsular hepático, fístula cutánea y hematuria) y 1 en el grupo de MWs (hematoma retroperitoneal) ($p > 0,05$).

Conclusiones

El tratamiento con MWs ha presentado mejores **resultados** de ablación completa en lesiones con una media de tamaño tumoral mayor de 3 cm en comparación con el grupo de RF. No hubo diferencias en cuanto a complicaciones ni recidiva tumoral.

RES0175 ARTEFACTOS RESPIRATORIOS TRANSITORIOS DE LA FASE ARTERIAL EN RM HEPÁTICA CON GADOLINIO EXTRACELULAR VS. ÁCIDO GADOXÉTICO

Jordi Rimola Gibert¹, Ernest Belmonte Castan¹, Anna Darnell Martín¹, Alejandro Forner González², Carmen Ayuso Colella¹, Jordi Bruix Tudó²

¹ Hospital Clínic de Barcelona Radiología-BCLC

² Hospital Clínic de Barcelona Hepatología-BCLC

Objetivos

Comparar la frecuencia y la intensidad del artefacto de respiración transitorio de la fase arterial (ART-FA) tras administrar ácido gadoxético (Gd-EODTPA) y el gadolinio extracelular [Gd-EC], en la misma cohorte de pacientes cirróticos.

Material y método

Ochenta y dos pacientes cirróticos de dos estudios prospectivos fueron estudiados mediante RM hepática con Gd-EODTPA y Gd-EC inyectando la dosis y velocidad de inyección recomendada. Dos lectores ciegos asignaron una puntuación de artefactos relacionados con el movimiento respiratorio (0 [ninguno] - 3 [severo, no diagnóstico]) para las fases basal, arterial y venosa portal. Las puntuaciones para cada fase se promediaron. Se establecieron unos criterios para definir ART-FA (de cualquier intensidad), para ART-FA grave, y para artefacto de respiración post-contraste. Para cada par de exámenes comparamos la frecuencia e intensidad de los artefactos respiratorios.

Resultados

Las puntuaciones de movimiento promedio de Gd-EC y Gd-EODTPA para la fase basal fueron 0.68 vs. 0.73 ($p=0.3$), para la fase arterial 0.91 vs. 1.26 ($p<0.0001$) y para la fase venosa portal 0.73 vs. 0.87 ($p=0,04$). La frecuencia de ART-FA observada en Gd-EOD-

TTPA fue superior a la del Gd-EC (19,5% vs. 6%; $p=0,013$), pero no observamos diferencias en la frecuencias de ART-FA grave ($p> 0.99$). El uso de Gd-EODTPA se asoció a una mayor frecuencia de artefactos post-contraste (7.3% vs 0%, $p=0.03$).

Conclusiones

La frecuencia de los ART-FA en la RM hepática se observa con mayor frecuencia con la inyección de Gd-EODTPA que con la inyección de Gd-EC y puede afectar al 19.5% de los pacientes cirróticos. Sin embargo, la frecuencia de ART-FA grave fue muy baja y similar para ambos agentes de contraste.

RES0179 RELACIÓN ENTRE EL DEPÓSITO DE GRASA HEPÁTICA CON LOS DIVERSOS FACTORES ETIOLÓGICOS.

Claudia Jurado Basildo, Gonzalo Tarráguila de la Fuente, Elena Utrera Pérez, Ana Villanueva Campos, Carlos Andrés Sepúlveda Villegas, Montse Novoa Ferro

Hospital POVISA Radiodiagnóstico

Objetivos

Establecer cuáles son los factores de riesgo asociados al incremento de grasa hepática.

Material y método

Estudio retrospectivo de 158 pacientes sometidos a RM hepática y/o colangioRM, a los que se ha practicado una secuencia de cuantificación de grasa hepática (RM Ingenia, 1.5 T. Philips Medical Systems), entre abril y septiembre de 2017.

Revisamos las historias clínicas recogiendo los factores de riesgos clásicamente relacionados con incremento de grasa hepática, como el IMC, hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, alcohol, toma de corticoides y positividad para virus hepatotropos. Cuantificamos el porcentaje de grasa hepática mediante secuencias mDixon QUANT realizando 2 ROIs en lóbulo hepático derecho y dos en el izquierdo; y cualitativamente mediante secuencias T1 eco de gradiente en fase y fuera de fase.

Correlacionamos las cifras de grasa hepática con los factores de riesgo.

Resultados

De los 158 pacientes, 84 fueron hombres y 74 mujeres, con una media de 63.6 años. Del total, 57 presentaban sobrepeso, 44 en el rango de obesidad ($IMC > 30.1$), 71 hipertensión arterial, 31 diabetes mellitus, 44 dislipemia, 33 consumo de alcohol, 5 toma de corticoides y 13 son virus hepatotropos positivos.

Los pacientes con obesidad presentaban valores de grasa hepática significativamente mayores, de 8.57% ($p<0.003$). Entre los pacientes consumidores alcohol los valores de grasa fueron de 7.18% ($p=0.08$).

Para el resto de factores de riesgo, incluyendo sobrepeso, hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, toma de corticoides y virus hepatotropos positivos no se demostraron resultados estadísticamente significativos.

Conclusiones

De los factores estudiados, el IMC en el rango de obesidad es el único factor de riesgo asociado a mayor concentración de grasa hepática.

RES0180 DETERMINAR EL RANGO NORMAL DE LOS VALORES DE GRASA HEPÁTICA EN PACIENTES SIN FACTORES DE RIESGO DE ESTEATOSIS.

Claudia Jurado Basildo, Gonzalo Tardáguila de la Fuente, Elena Utrera Pérez, Ana Villanueva Campos, Montse Novoa Ferro, Carlos Andrés Sepúlveda Villegas

Hospital POVISA Radiodiagnóstico

Objetivos

Recientemente se han desarrollado nuevas técnicas para cuantificar la grasa hepática mediante RM. Todavía es difícil encontrar en la literatura valores de referencia, por ello, el objetivo de este estudio es: Tratar de establecer valores de normalidad de grasa hepática en pacientes sanos.

Material y método

Estudio retrospectivo de 297 pacientes sometidos por diferentes motivos a RM hepática, RM de páncreas y/o colangiografía, a los que se ha practicado secuencia de cuantificación de grasa hepática (RM RM Ingenia, 1.5 T. Philips Medical Systems), entre febrero y septiembre de 2017.

Revisamos las historias clínicas y descartamos aquellos pacientes con IMC elevado (> 25.1), diagnóstico previo de hepatopatía (cirrosis y patología tumoral hepática primaria / metastásica) y analítica hepática alterada de forma crónica.

Cuantificamos el porcentaje de grasa hepática mediante secuencias mDixon QUANT realizando 2 ROIs en el lóbulo hepático derecho y dos ROIs en el izquierdo y cualitativamente mediante secuencias T1 eco de gradiente en fase y fuera de fase.

Resultados

De los 297 pacientes, 159 fueron hombres y 138 mujeres, con una media de edad de 63.45 años. 50 pacientes, 34 mujeres y 16 hombres, cumplían los criterios de inclusión (IMC normal, ausencia de patología hepática cirrótica y/o tumoral y test de función hepática normales) con edad media de 57.92 años.

De estos 50 pacientes, el motivo de solicitud fue en un 62% para valoración de patología biliopancreática (litiasis y pancreatitis), en un 28% estudio de extensión tumoral y en el 10% restante por otros motivos.

En estos pacientes, obtuvimos un porcentaje de grasa de 4,45% [2.56 - 9.43].

Conclusiones

En nuestro estudio, el porcentaje de grasa hepática en pacientes con IMC normal y sin diagnóstico de enfermedad hepática es de 4.45%, valor que podría servir de referencia de la normalidad a la hora de cuantificar la grasa hepática.

RES0181 EVALUACIÓN PROSPECTIVA DE LA RM CON ÁCIDO GADOXÉTICO PARA EL DIAGNÓSTICO DE CHC EN NÓDULOS DE NUEVA APARICIÓN < 2 CM EN PACIENTES CIRRÓTICOS

Carmen Ayuso Colella¹, Anna Darnell Martín¹, Jordi Rimola Gibert², Ángeles García-Criado¹, Ramón Vilana Puig¹, Alejandro Forner²

¹ Hospital Clínic de Barcelona Servicio de Radiodiagnóstico

² Hospital Clínic de Barcelona Servicio de Hepatología

Objetivos

Evaluar el rendimiento diagnóstico de la RM con ácido gadoxético (RM-AG) para el diagnóstico del carcinoma hepatocelular (CHC) <2 cm detectado en una ecografía (US) de cribado.

Material y método

Se incluyeron pacientes cirróticos con un nódulo único <2 cm de nueva aparición detectado en la US. En todos los pacientes se realizó RM con contraste extracelular (RM-CE) y RM-AG, obtenidos en un plazo de tiempo inferior a un mes. El diagnóstico final se basó en la aplicación de los criterios diagnósticos validados (patrón vascular típico en la MR-CE o biopsia) y recomendados en las guías de la EASL/AASLD. Los estudios de RM-AG fueron interpretados por dos radiólogos de forma independiente que desconocían el resultado de la RM-CE y el diagnóstico final del nódulo. El criterio diagnóstico de CHC aplicado en la RM-AG fue: captación arterial acompañada de lavado portal y/o hiposeñal en la fase hepatobiliar (fHB) de 20 minutos.

Resultados

Se incluyeron 62 pacientes cirróticos compensados consecutivos. El diagnóstico final fue: 41 (66.1%) CHC, 2 colangiocarcinomas intrahepáticos (ICC), 1 metástasis de cáncer colo-rectal, y 18 lesiones benignas. La mediana de seguimiento de los pacientes con lesiones benignas fue de 23 meses. La RM-CE diagnosticó 26/41 CHC (sensibilidad 63.4%, CI95%:46.9-77.9). La sensibilidad y especificidad de la RM-AG fue del 56.1% (CI95%:39.7-71.5) y 90.5% (CI95%:69.8-98.8) respectivamente, con un VPP de 92 (CI95%:74-99) y un VPN de 51.4 (CI95%:34.4-68.1). En la RM-AG, la captación arterial se observó en el 82.9% de las lesiones y el lavado portal en el 42%. La hiposeñal de la lesión en la fHB se observó en el 63.4% de los CHC, mientras que los 15 restantes fueron iso o hiperintensos.

Conclusiones

La MR-GA no es superior a la RM-CE para el diagnóstico de los nódulos de CHC <2 cm en pacientes cirróticos.

Pósters Electrónicos:

17 Congreso de la SEDIA

IMAGEN DE LA PATOLOGÍA DEL PÁNCREAS Y VÍA BILIAR: PRESENTE Y FUTURO

PRESENTACIONES ELECTRÓNICAS CIENTÍFICAS

RES0009 COLECISTOSTOMÍA PERCUTÁNEA ECOGUIADA ¿ALTERNATIVA A LA CIRUGÍA?

Sara Lojo Lendoiro¹, Moisés Casal Rivas², Sonia Cea Pereira²,
Luis Antonio Domínguez Viguera-Fernández², María del Carmen
Neches Rodríguez², Marta Gallego Riol³

¹ Hospital de Mérida Radiodiagnóstico

² Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo Radiología vascular e
intervencionista

³ Hospital de Mérida Servicio de radiodiagnóstico

Objetivos

Evaluar la colecistostomía percutánea como tratamiento alternativo a la cirugía en pacientes con colecistitis aguda.

Evaluar las tasas de éxito técnico y clínico en dicha intervención, así como otras variables entre las que se incluyen: porcentaje de pacientes con catéter definitivo, índice de éxitos y complicaciones, si dichas intervenciones se realizaron de forma urgente o programada y la tasa de recurrencias tras la retirada del catéter de drenaje.

Material y método

Se trata de un estudio observacional, retrospectivo y longitudinal en el que se incluyeron todos los pacientes consecutivos a los que se les realizó una colecistostomía percutánea desde el año 2008 hasta enero del año 2017, tanto como técnica definitiva como procedimiento puente a una cirugía programada.

Se estudió a los pacientes diferenciándolos según sexo, edad, etiología, tasas de complicación post-procedimiento e índice de recurrencia, así como el porcentaje de pacientes en los que se dejó el catéter de forma permanente.

Resultados

Se siguieron más de 150 casos de colecistostomía percutánea, estudiando múltiples variables y clasificando a los pacientes según sexo, edad y comorbilidades medidas según la escala ASA. Se estudió la relación existente entre la procedencia del paciente (urgente o programado), la indicación del procedimiento y las complicaciones derivadas del mismo, con la tasa de éxito técnico y clínico así como el porcentaje de pacientes que mantuvieron el catéter permanente, que presentaron recurrencia o que finalmente se sometieron a una cirugía.

Conclusiones

La colecistostomía percutánea es una técnica sencilla, barata, con una alta tasa de éxito clínico y pocas complicaciones, cada vez más utilizada como alternativa a la cirugía en la población anciana con alta comorbilidad.

RES0010 TERMOABLACIÓN PERCUTÁNEA EN HEPATOCARCINOMA: SUPERVIVENCIA, ÉXITO Y COMPLICACIONES.

Sara Lojo Lendoiro¹, Moisés Casal Rivas², Sonia Cea Pereira²,
Luis Antonio Domínguez Viguera-Fernández², María del Carmen
Neches Rodríguez², Marta Gallego Riol¹

¹ Hospital de Mérida Servicio de Radiodiagnóstico

² Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo Servicio de Radiología vascular e intervencionista.

Objetivos

- Evaluar la supervivencia a 1, 2 y 3 años de pacientes con hepatocarcinoma en estadio temprano, tratados mediante termoablación percutánea como terapia de primera línea.
- Evaluar el éxito técnico y el éxito clínico en este tratamiento.
- Evaluar complicaciones derivadas de esta técnica producidas durante las primeras 24h y antes de los 30 días.

Material y método

Se incluye una cohorte de pacientes consecutivos, tratados en el periodo que abarca desde mayo del año 2010 hasta mayo del año 2016, en un estudio observacional, longitudinal y retrospectivo.

Se calcularon las curvas de supervivencia y se analizaron las tasas de éxito técnico y éxito clínico, así como las complicaciones derivadas de la intervención, producidas en las primeras 24h post-tratamiento y antes de los 30 días. También se analizaron otras variables de interés como la etiología de la enfermedad hepática y causa del fallecimiento si éste se ha producido.

Resultados

Se obtuvieron tasas de supervivencia global a 1, 2 y 3 años, altas, con un índice bajo de complicaciones precoces, analizando también la relación entre el éxito técnico y clínico con la supervivencia de estos pacientes.

Conclusiones

El carcinoma hepatocelular es la quinta neoplasia más frecuente, representando la tercera causa de muerte por cáncer, lo cual lo convierte en un problema de salud importante. Mediante este estudio se demostró que la termoablación es una técnica segura y eficaz, con buenos resultados y un índice bajo de complicaciones, lo cual permite una mínima afectación de la calidad de vida de los pacientes y estancias hospitalarias cortas.

RES0012 ESTUDIO DE 40 PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA UTILIZANDO LOS CRITERIOS TOMOGRÁFICOS DE ATLANTA 2012

Laura Díaz Rubia¹, Francisco Javier García Verdejo², Cristina Dávila Arias¹, Jose Antonio Miras Ventura¹

¹ Hospital Universitario San Cecilio Radiodiagnostico

² Hospital Santa Ana Digestivo

Objetivos

Analizar los hallazgos radiológicos mediante TC abdominal en 40 pacientes con pancreatitis aguda y clasificar la enfermedad y sus complicaciones según los criterios tomográficos de Atlanta 2012.

Material y método

Estudiamos 40 pacientes diagnosticados de pancreatitis aguda a los que se les solicitó una TC abdominal para estadiaje de la enfermedad.

Los criterios de inclusión fueron pacientes con pancreatitis aguda y más de 48-72 horas de evolución.

Para la realización del estudio se utilizó un scanner de 64 coronas y se administró contraste oral baritado e intravenoso yodado siempre que el aclaramiento de creatinina fuera superior a 30 mililitros/minuto. Posteriormente se procedía al postprocesado de las imágenes realizando reconstrucciones multiplanares (MPR) en coronal y sagital.

Por último se interpretó cada estudio, clasificando la pancreatitis según los nuevos criterios de Atlanta de 2012 en: PEI (pancreatitis edematosa intersticial) y PN (pancreatitis necrotizante) y las colecciones en función de su evolución, menor de 4 semanas (coleción líquida peripancreática aguda y colección necrótica aguda), más de 4 semanas (pseudoquiste y necrosis encapsulada) y de su contenido.

Resultados

De los 40 pacientes analizados, el 75% fueron varones y la edad media fue de 72 años.

Las pancreatitis fueron un 60% litiásicas, un 30% alcohólicas y un 10% idiopáticas.

Se analizaron los hallazgos radiológicos encontrando que el 80% fueron PEI y el 20% restante PN.

En cuanto a las complicaciones se observaron en el 30 % de las pancreatitis, siendo en 4 pacientes colecciones líquidas peripancreáticas, en 2 colecciones necróticas agudas, en 5 pseudoquistes y en 1 paciente necrosis encapsulada.

Conclusiones

La TC es una herramienta fundamental en el diagnóstico de la pancreatitis aguda y sus complicaciones. Con los criterios modificados de Atlanta se ha actualizado la terminología aportando clasificaciones clínicas más prácticas, todo ello favoreciendo una mejor comunicación entre los especialistas implicados en el manejo de la enfermedad.

RES0014 RESULTADOS DE 30 COLANGIORESONANCIAS SOLICITADAS POR SOSPECHA DE OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA BILIAR

Laura Díaz Rubia¹, Francisco Javier García Verdejo², Jose Luís Martín Rodríguez¹

¹ Hospital Universitario San Cecilio Radiodiagnostico

² Hospital Santa Ana Digestivo

Objetivos

Describir los hallazgos radiológicos de 30 colangioresonancias (colangioRM) que fueron solicitadas a pacientes ingresados por sospecha de patología obstructiva de la vía biliar.

Material y método

Los criterios de inclusión fueron pacientes ingresados con clínica obstructiva de la vía biliar.

Previo a la realización de la prueba los pacientes permanecieron 6 horas en ayunas. Antes de comenzar la exploración se administró zumo de arándanos para eliminar la señal del tubo digestivo y mejorar la visualización de la vía biliar.

Se utilizó una resonancia de 1,5 T y se adquirieron secuencias habituales en el protocolo de colangioRM incluyendo T2-HASTE axial y coronal y secuencias con efecto colangiográfico. Por defecto no se administró contraste intravenoso con Gadolinio, salvo que, para aclarar la causa obstructiva, no fuera suficiente con las secuencias sin contraste. Se evaluaron datos demográficos de los pacientes, motivo de solicitud de la prueba y los hallazgos radiológicos obtenidos. Se realizó un análisis estadístico básico con medias, desviaciones y porcentajes.

Resultados

Se analizaron 30 pacientes, de los cuales el 60% fueron mujeres y la edad media fue de 65 ± 3 años.

Los motivos de solicitud de la exploración fueron: sospecha de coledocolitiasis (70%), probable patología tumoral (20%) y el 10% por ictericia no filiada.

En cuanto a los hallazgos radiológicos encontrados destaca que en el 40% de los casos se observó coledocolitiasis, en el 30% coledocolitiasis simple, en el 10% obstrucción de causa tumoral, en 10% se encontró dilatación de la vía biliar sin obstrucción y en el resto (3 pacientes), no se observó patología de la vía biliar.

Conclusiones

La colangioRM es una prueba de elección para estudiar a pacientes con sospecha de patología obstructiva de la vía biliar. Entre sus ventajas destacan la calidad de las imágenes obtenidas, el ser una prueba no invasiva, que no irradia y que no precisa una especial preparación.

RES0015 HALLAZGOS RADIOLÓGICOS EN 30 COLONOTC DE PACIENTES CON CLÍNICA DIGESTIVA

Laura Díaz Rubia¹, Francisco Javier García Verdejo², Mariola Gutiérrez Gallardo¹, Paloma García-Villanova Ruiz¹

¹ Hospital Universitario San Cecilio Radiodiagnóstico

² Hospital Santa Ana Digestivo

Objetivos

Analizar los hallazgos radiológicos de 30 colonoscopias virtuales (Colono-TC) realizadas a pacientes con clínica digestiva.

Material y método

Los criterios de inclusión fueron pacientes de consulta con síntomas digestivos a los que se les solicitó una Colono-TC.

Previo a la exploración se necesita una preparación y distensión colónica adecuada. La preparación consiste en una dieta pobre en residuos y varias dosis de gastrográfín y la distensión se realiza mediante 40-60 insuflaciones de aire a través de una sonda rectal flexible. Tras esto se realiza el estudio que incluye TC de colon en supino y prono.

El siguiente paso es el post-procesado de imágenes que permitirá hacer un "tour" virtual por el colon en busca de posibles lesiones. Se han recogido datos demográficos de los pacientes, motivo de solicitud, grado de preparación y distensión previa y hallazgos encontrados al evaluar el estudio.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo básico con medias, desviaciones y porcentajes.

Resultados

Se analizaron 30 colono-TC. El 60% fueron varones y la edad media fue de 70±4 años.

El motivo de solicitud de la prueba fue en el 30% por estenosis infranqueable en colonoscopia previa, en el 20% por dolor abdominal inespecíficos, 20% por control tras cáncer de colon, en 10% por rectorragias, 10% por anemia y el 10% final por alteraciones del tránsito. Del total, 16 no tenían colonoscopia y en los 14 restantes, ésta fue incompleta.

El 80% hicieron una buena preparación intestinal. La distensión colónica fue óptima en 70%, regular en 20% y mala en 10%.

En cuanto a los hallazgos radiológicos, 8 pruebas fueron normales, 6 tenían DolicoColon, en 6 se observaron neoplasias, en 5 pacientes se vieron pólipos, en 3 había estenosis y en 2 pacientes se encontraron divertículos.

Conclusiones

La ColonoTC es una prueba no invasiva de gran ayuda en el estudio de pacientes con molestias digestivas, dudas diagnósticas y colonoscopia incompleta.

RES0016 REGRESIÓN DE LA FIBROSIS HEPÁTICA Y RESPUESTA VIRAL SOSTENIDA EN PACIENTES CON HEPATITIS C TRATADOS CON NUEVAS TERAPIAS

Elena López Banet, Manuel Santa-Olalla González, Dolores Abellán Rivero

Hospital Clínico Universitario Virgen de La Arrixaca Radiodiagnóstico

Objetivos

El objetivo de este estudio es analizar la evolución de la enfermedad hepática asociada al virus de la Hepatitis C (VHC) mediante la comparación de datos analíticos y elastográficos antes y después del tratamiento con nuevos fármacos antivirales.

Material y método

Se realizó un estudio prospectivo mediante muestreo aleatorizado de pacientes con Hepatitis C que habían completado tratamiento con nuevos antivirales entre Mayo de 2015 y Marzo de 2016. Se registraron 100 pacientes.

Para la inclusión en el trabajo se requería que todos los pacientes tuvieran realizado un análisis de sangre, carga viral, ecografía abdominal y elastografía hepática con cuantificación de la velocidad de corte antes del inicio del tratamiento. Los **resultados** se compararon con los obtenidos un año después de completar la terapia.

Los criterios de exclusión fueron: coinfección con otros tipos de virus de la Hepatitis o virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), trasplantados hepáticos, déficit de alfa-1 antitripsina, enfermedades de depósito de metales y consumo de alcohol >20 g/día.

Resultados

Se verificó una disminución significativa de los valores de elastografía hepática con un descenso medio de la velocidad de corte desde 1.98 a 1.66 m/s ($p<0.01$), lo que supone una mejora del daño parenquimatoso hepático.

También se determinó una reversibilidad en el estadio METAVIR, especialmente en los estadios F \geq 3 y F \geq 4, en los que más de la mitad de los pacientes presentaron una disminución del METAVIR ($p<0.05$).

Además, se confirmó una respuesta viral sostenida en el 100% de los sujetos así como una mejoría de los datos analíticos (GOT, GPT) ($p<0.05$).

Conclusiones

Se ha demostrado una mejoría significativa tanto de datos analíticos como de parámetros estructurales en pacientes con fibrosis hepática asociada al VHC que han recibido tratamiento con nuevas terapias antivirales. La reversibilidad de la rigidez parenquimatosa puede ser monitorizada con elastografía y es esencial para el pronóstico y manejo terapéutico de estos pacientes.

RES0017 REVERSIBILIDAD DE LA ENFERMEDAD GRASA DEL HÍGADO NO ALCOHÓLICA EN PACIENTES OBESOS TRATADOS CON CIRUGÍA BARIÁTRICA

Elena López Banet, Florentina Guzmán Aroca, Manuel Santa-Olalla González, Dolores Abellán Rivero

Hospital Clínico Universitario Virgen de La Arrixaca
Radiodiagnóstico

Objetivos

El objetivo de este estudio es valorar la evolución de la enfermedad grasa del hígado no alcohólica (EGHNA) en pacientes con obesidad mórbida mediante la comparación de datos analíticos, ecográficos y elastográficos antes y después de la cirugía bariátrica.

Material y método

Se realizó un estudio prospectivo mediante un muestreo no randomizado de pacientes obesos mórbidos que habían sido tratados con cirugía bariátrica, obteniendo 40 pacientes.

Se requirió que todos los pacientes presentaran una biopsia intraoperatoria con alteraciones dentro del espectro de la EGHNA. Asimismo, debían tener realizado un examen clínico, análisis de sangre, ecografía y elastografía hepática con técnica ARFI antes de la intervención. Los datos registrados se compararon con los obtenidos tres años después de la cirugía. Los pacientes eran medidos y pesados, descalzos y con ropa ligera, para calcular el índice de masa corporal (IMC). Además, se obtenían muestras de sangre venosa tras 12 horas de ayuno para determinar niveles de colesterol total, LDL, triglicéridos, GOT, GPT y plaquetas.

Los criterios de exclusión fueron: toma de medicación hepatotóxica, coinfección con VIH o hepatitis virales, déficit de alfa-1 antitripsina, enfermedad por depósito de metales y consumo de alcohol por encima de 20g/día.

Resultados

Se verificó una disminución significativa de los valores de elastografía hepática con una disminución media de la velocidad de corte de 1.74 a 1.26 m/s ($p < 0.02$), lo que suponía una regresión de la EGHNA.

Además, se objetivó un descenso significativo del IMC, colesterol total, LDL y triglicéridos después de la cirugía ($p < 0.003$). No se determinó una mejoría significativa en el nivel de enzimas hepáticas o plaquetas.

Conclusiones

Se ha verificado una regresión de la EGHNA relacionada con la obesidad en pacientes tratados con cirugía bariátrica, con mejoría de datos analíticos y estructurales. La evolución del daño parenquimatoso asociado a la EGHNA se puede valorar mediante elastografía y es clave en el manejo clínico-terapéutico de estos pacientes.

RES0045 CORRELACIÓN DEL ESTADIAJE DEL CÁNCER DE ENDOMETRIO EN RESONANCIA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA EN EL HOSPITAL DE MÉRIDA

María Nieves Iglesia Chaves, Antonio Ruiz Guerrero, Marta Gallego Riol, Sara Lojo Lendoiro

Hospital de Mérida Radiodiagnóstico

Objetivos

El objetivo de nuestro estudio es estudiar la correlación entre el estadiaje dado por la resonancia magnética y los hallazgos obtenidos al estudiar la muestra en anatomía patológica tras la intervención en nuestro hospital.

Material y método

El cáncer de endometrio es uno de los tumores ginecológicos más frecuentes. La precoz aparición de los síntomas permite hacer un diagnóstico en las etapas más tempranas de la enfermedad, lo cual permite en muchos casos la realización de un tratamiento con intención curativa. Por ello, es fundamental hacer un diagnóstico tanto de la existencia de la enfermedad como de su extensión local y a distancia.

La resonancia magnética es la prueba de elección más importante a la hora de llevar a cabo una estadificación local antes de someter a la paciente a cirugía (el manejo terapéutico en muchos casos se decide según la extensión local del tumor).

Se tomaron las pacientes que se diagnosticaron de cáncer de endometrio en el año 2016 en el Hospital de Mérida, donde se realizaron la resonancia magnética para la valoración de la extensión local del tumor, y las cuales fueron tratadas quirúrgicamente (con el consiguiente análisis de la muestra por Anatomía Patológica). Utilizando tablas de Excel se estudiará la correlación entre ambas pruebas diagnósticas, obteniendo la correlación mediante análisis estadístico entre la prueba problema (resonancia magnética) respecto a la prueba de referencia (análisis anatomopatológico).

Resultados

Se espera obtener una correlación adecuada entre el estadiaje local dado por los radiólogos utilizando nuestro equipo de resonancia y el obtenido por los resultados de Anatomía Patológica en el nuestro hospital.

Conclusiones

Se espera que la conclusión sea que sigue siendo fiable la estadificación local del cáncer de endometrio dado por resonancia en el hospital de Mérida, lo cual es esencial a la hora de decidir el abordaje terapéutico de esta patología.

RES0073 NUESTRA EXPERIENCIA EN RM MULTIPARAMÉTRICA DE PRÓSTATA. ERRORES MÁS FRECUENTES.

Laura Alonso de Caso¹, Cristina González Gordaliza¹, Isabel García-Gómez Murriel¹, Rafael Rodríguez-Patrón², Javier Blázquez Sánchez¹

¹ Hospital Universitario Ramon y Cajal. Radiodiagnóstico

² Hospital Universitario Ramon y Cajal. Urología

Objetivos

Evaluar la experiencia de nuestro centro en la detección mediante RM multiparamétrica de próstata (RMmp) del cáncer clínicamente significativo, correlacionando nuestra categorización PI-RADS con los resultados anatomopatológicos obtenidos.

Comparar la exactitud diagnóstica entre 2 radiólogos abdominales con 4 y 2 años de experiencia respectivamente en interpretación de RMmp de próstata, valorando el impacto que ello tiene sobre la detección de lesiones sospechosas.

Analizar los errores más comunes que un radiólogo comete en la interpretación de la RMmp prostática.

Material y método

Se analizaron 130 RMmp de próstata realizadas en un periodo de 2 años (enero 2015 a diciembre 2016) a 130 varones con una sospecha clínica alta de cáncer de próstata. Se seleccionaron las 111 lesiones categorizadas como PI-RADS 4 o 5 (siguiendo la versión 2 de este sistema) en 99 RMmp, todas ellas biopsiadas por acceso transperineal de forma dirigida mediante un sistema de co-registro de imagen ecográfica transrectal e imagen de RMmp ("biopsia fusión"), correlacionando resultados con el análisis anatomopatológico obtenido.

Se analizó el porcentaje de verdaderos y falsos positivos en la interpretación de la RMmp de próstata para cada uno de los radiólogos implicados, evaluándose las diferencias interobservador. Mediante una segunda lectura de aquellas lesiones resultantes finalmente como falso positivo, se detectaron las principales fuentes de error en la interpretación y aplicación del sistema PI-RADS v2.0 en RMmp de próstata.

Resultados

De las lesiones categorizadas como PI-RADS 4 o 5, tras biopsia, un 63.23% correspondieron con Ca de próstata clínicamente significativo (definido según la guía PI-RADS v2.0). Un 32.9% de las lesiones sospechosas biopsiadas resultaron o Ca de próstata indolente (Gleason 6, 3+3) o sin evidencia de malignidad.

Conclusiones

Existe diferencia significativa en el porcentaje de lesiones adecuadamente categorizadas interobservador según curva de aprendizaje/experiencia. Además la mayoría de errores cometidos se concentraron en aquellas lesiones situadas en zona de transición.

RES0082 ELASTOSONOGRAFÍA EN HEPATOPATÍA CRÓNICA: CONSEJOS, TRUCOS Y CORRELACIÓN CON LOS HALLAZGOS ECOGRÁFICOS

María Victoria Barcena Robredo, Clara Morandeira Arrizabalaga, Eider Alcalde Odriozola, María Isusi Fontan, Ane Ibáñez Zubiarrain, Gonzalo Lecumberri Cortés

Hospital Universitario Basurto Radiodiagnóstico

Objetivos

El estadiaje de la fibrosis en la enfermedad hepática crónica es fundamental para el pronóstico y el manejo de estos pacientes. En la actualidad, la biopsia hepática está considerada como el gold standart del diagnóstico. Sin embargo, durante la última década ha existido un incremento en el desarrollo de métodos no invasivos para estimar el daño hepático como la elastosonografía. De esta forma los objetivos son describir la técnica de elastosonografía y correlacionar los hallazgos ecográficos de hepatopatía e hipertensión portal con el grado de fibrosis mediante elastosonografía en pacientes con hepatopatía crónica.

Material y método

Se realiza un estudio retrospectivo de 69 pacientes con hepatopatía crónica conocida.

Se valoraron:

- Hallazgos ecográficos:
 - » o daño hepático: aumento de la ecogenicidad parenquimatosas, ecoestructura heterogénea, contorno lobulado, atrofia o hipertrofia del lóbulo hepático derecho y ascitis.
 - » o Hipertensión portal: dilatación de la vena porta, flujo hepatofugo, varices y esplenomegalia.
- Medidas del grado de fibrosis mediante elastosonografía cuantitativa.

La elastosonografía se realizó con un equipo de ultrasonografía Philips EPIQ 5G.

Para el análisis estadístico de los datos, se utilizaron el test exacto de Fisher.

Resultados

De los pacientes estudiados, 27 eran mujeres y 42 eran hombres, con una edad que oscilaba entre los 29 y 78 años.

La etiología de la hepatopatía crónica fue:

- o Infección por VHC (40 pacientes)
- o Infección por VHB (11 pacientes)
- o Otros (19 pacientes)

Se identificaron hallazgos ecográficos de daño hepático en 33 pacientes. Se observó una diferencia estadísticamente significativa cuando se compararon con el grado de fibrosis mediante elastosonografía ($p=0,0198$).

Se identificaron hallazgos ecográficos de hipertensión portal en 21 pacientes. No existió diferencia estadísticamente significativa cuando se relacionó con el grado de fibrosis mediante elastosonografía ($p=0,3436$).

Conclusiones

A pesar de las dificultades técnicas, la elastosonografía hepática permite un primer acercamiento a la evaluación de la fibrosis hepática.

RES0083 NEOPLASIA SÓLIDA PSEUDOPAPILAR DE PÁNCREAS. HALLAZGOS POR IMAGEN Y CORRELACIÓN CON ANATOMÍA PATOLÓGICA.

María Santos Gallego Gallego¹, Fernando Pizarro Rodríguez¹, Yolanda Rodríguez Gil², María Milagros Martínez González¹, Rosa María Ferreiro de Ramón¹

¹ Hospital Universitario 12 de Octubre. Radiodiagnóstico

² Hospital Universitario 12 de Octubre. Anatomía Patológica

Objetivos

Revisar los hallazgos por imagen de la neoplasia sólida pseudopapilar (NSSP) del páncreas, correlacionándolos con los de la cirugía y de la anatomía patológica para contribuir a un mejor conocimiento de un tumor poco frecuente.

Material y método

Se revisan los casos intervenidos quirúrgicamente en nuestro centro en los últimos 10 años. Se analizan la edad, sexo, presentación clínica, hallazgos en tomografía computarizada (TC) y resonancia magnética (RM), tipo de cirugía realizada, correlación con anatomía patológica y seguimiento.

Resultados

Fueron ocho pacientes, todas mujeres, de entre 12 y 61 años. Dos en segunda década, dos en la tercera, una en la cuarta, dos en la quinta y una en la séptima. El síntoma más frecuente fue el dolor abdominal, en 5 pacientes. El tamaño de la lesión osciló entre 2 cm y 13 cm. La localización en el páncreas fue variable.

El aspecto más frecuente fue el de una masa bien delimitada o con cápsula, de aspecto sólido, heterogénea, con zonas quísticas pequeñas y escaso realce. Un caso debutó con rotura.

Solo una de ellas fue irresecable.

Cinco pacientes se han seguido durante más de 5 años sin recidiva. La anatomía patológica de la pieza de resección reveló con frecuencia áreas de hemorragias y en el páncreas adyacente signos de pancreatitis en tres casos y otro se asoció a neoplasia mucinosa papilar intraductal. En tres casos existía invasión de la cápsula o del páncreas adyacente, uno de ellos con invasión vascular y perineural. Se revisan las características inmunohistoquímicas.

Conclusiones

La NSSP de páncreas es poco frecuente pero tiene características por imagen que permiten establecer la sospecha diagnóstica. Puede tener un componente agresivo localmente y en nuestra serie la edad de presentación es mayor a la media.

RES0095 UTILIDAD DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN EL MANEJO DE LOS ABSCESOS SUPRAELEVADORES DE ORIGEN CRIPTOGLANDULAR

Juan José Delgado Moraleda, Adela Batista Doménech, Álvaro García-Granero, Vicente Navarro Aguilar, Daniel Sánchez Mateos, José Adolfo Flores Méndez

Hospital La Fe Área Clínica de Imagen Médica

Objetivos

Los abscesos supraelevadores son graves y poco frecuentes. Existe escasa literatura acerca de su manejo diagnóstico-terapéutico. El objetivo de este trabajo es mostrar nuestra experiencia respecto a la utilidad de la RM para el diagnóstico y elección del tratamiento quirúrgico.

Material y método

Estudio observacional de los abscesos supraelevadores de origen criptoglandular registrados en la base de datos prospectiva de nuestra unidad multidisciplinar de patología colorrectal.

Resultados

De los 123 abscesos perianales criptoglandulares intervenidos entre 2011 a 2016, se identifican 11 (8,9%) abscesos supraelevadores. Nueve eran hombres y dos mujeres, con una mediana de edad de 49 años (rango 35-77). Como antecedentes, ocho pacientes habían precisado drenaje perianal urgente con una media de 2,5 ocasiones (rango 1-6); en dos pacientes se habían realizado laparotomías exploradoras.

La localización y extensión supraelevadora, el tipo de fístula y trayecto originarios del absceso fueron descritos y clasificados mediante RM: nueve como origen transesfintérico (ocupación de la fosa isquioanal y/o del espacio postanal profundo) y dos como origen interesfintérico.

El drenaje quirúrgico perineal-transelevador se realizó con sonda de Pezzer en los nueve pacientes que presentaban absceso supraelevador de origen transesfintérico. En los dos pacientes con absceso de origen interesfintérico se realizó drenaje transanal en un primer tiempo, utilizando también una sonda Pezzer.

Seis pacientes precisaron posteriormente tratamiento definitivo de la fístula secundaria al drenaje del absceso supraelevador.

Ninguno de los pacientes tras el tratamiento definitivo desarrollo recidiva, con un tiempo medio de seguimiento de 26 meses (rango entre 4-50 meses).

Conclusiones

El absceso supraelevador es infrecuente pero genera alta morbilidad por su difícil identificación clínica. La RM permite el diagnóstico y drenaje eficaz por la vía adecuada y así evitar el desarrollo de recurrencias y fístulas complejas.

RES0098 UTILIDAD DE LA TC Y DE LA RM EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA PATOLOGÍA DEL SURCO PANCREÁTICO DUODENAL

Francisco Javier Castro Consiglio, Beatriz Consola Maroto, Marta Solà García, Francesc Novell Teixidó, Khaled Elhamshari, Julio Martín Martínez

Hospital Parc Tauli Radiología

Objetivos

Valorar la utilidad del TC y la RM en el diagnóstico diferencial de las lesiones del surco pancreático-duodenal.

Material y método

Se describen los signos radiológicos y la correlación radiopatológica del TC y la RM de 12 pacientes con patología en el surco pancreático-duodenal, revisados retrospectivamente en el periodo comprendido entre el año 2008 y 2016. Todos los pacientes fueron estudiados mediante TC y 3 de ellos mediante TC y RM. Se obtuvieron muestras histológicas de 9 pacientes. Se determina la utilidad de estas técnicas en el diagnóstico diferencial de la patología a este nivel.

Resultados

El diagnóstico radiológico de las lesiones en el surco pancreático-duodenal fue: pancreatitis del surco (n=6), neoplasia pancreática (n=5) y neoplasia duodenal (n=1). El diagnóstico radiológico de pancreatitis del surco fue confirmado histológicamente (n=3) y por su evolución radiológica (n=3). Los pacientes diagnosticados radiológicamente de neoplasia de páncreas fueron confirmados histológicamente, siendo en 4 casos un adenocarcinoma de páncreas y en 1 caso un carcinoma acinar. El paciente diagnosticado radiológicamente de tumor duodenal, histológicamente resultó ser un adenocarcinoma duodenal.

Conclusiones

En nuestra serie, las características de las imágenes del TC y la RM mostraron gran utilidad para orientar el diagnóstico diferencial de las lesiones en el surco pancreático duodenal, de modo que algunos pacientes fueron tratados conservadoramente sin la necesidad de realizar una cirugía agresiva.

RES0107 SIGNO DEL LIGAMENTO MEDIO ARCUATO EN PACIENTES POLITRAUMATIZADOS

Maite Urizar, Siobhan Whitley, Sara Upponi, Edmund Godfrey

Addenbrooke's Hospital, Cambridge University Hospital Radiología

Objetivos

El ligamento arcuato medio (LAM) es un arco fibroso que une las cruras diafragmáticas rodeando la cara anterior del hiato aórtico. En la mayoría de los casos discurre craneal al origen del tronco celiaco, pero entre un 10 y un 24% de los casos presenta una localización más baja comprimiendo su segmento proximal.

El diagnóstico radiológico se realiza idealmente mediante CT angiografía o angiografía convencional ante la presencia de una estenosis focal y morfología característica en gancho secundaria a la indentación del tronco celiaco en su aspecto superior.

En un centro hospitalario de tercer nivel, referencia en paciente politraumatizado, se observa esta morfología característica con una mayor frecuencia en los pacientes politraumatizados. Como objetivo se plantea la revisión de una serie de casos para establecer la incidencia en este grupo de pacientes y compararla con las series publicadas en la literatura.

Material y método

Se revisaron 350 TC de pacientes politraumatizados entre enero y abril del 2017. Además, en 19 del total de pacientes, se disponía de un CT abdominal previo o posterior al politraumatismo.

El protocolo de trauma incluye fase arterial del abdomen en todos los casos (bien sea fase arterial o tras doble inyección de contraste- protocolo Camp Bastion) obteniéndose imágenes diagnósticas para valorar la vascularización arterial abdominal.

Resultados

Entre los 350 pacientes politraumatizados se observó esta morfología clásica en 122 casos, correspondiendo a una incidencia de 34.8 %. Además, en 19 total de pacientes estudiados de los que se dispone de un CT abdominal previo o posterior, se demuestra la desaparición de este hallazgo en 9 de los casos.

Conclusiones

Este hallazgo en este grupo de pacientes sugiere una causa adrenérgica secundaria al evento de estrés, dando lugar a una mayor contracción de la musculatura diafragmática y con ello, del LAM. Por lo tanto, la correlación clínica resulta siempre indispensables para establecer un diagnóstico radiológico.

RES0108 DIVERTICULITIS AGUDA VS CANCER DE COLON: ¿QUÉ VALORAR EN EL TC URGENTE?

Laura Reyes Márquez, Susana Rico Gala, Celia Pérez Ramírez, Aurora Gil Bernal, Carolina Méndez Lucena, Juan Antonio Luque García

Hospital de Valme Radiodiagnóstico

Objetivos

Determinar el porcentaje de nuevos casos de cáncer de colon diagnosticados a partir de episodios clínicos de diverticulitis aguda, valorando aquellos hallazgos radiológicos en TC urgentes que nos hagan sospechar la posibilidad de una neoplasia.

Material y método

Se revisan todos aquellos TC realizados de forma urgente ante la necesidad de confirmar la sospecha clínica de diverticulitis aguda, durante los últimos dos años. Se analizan de forma retrospectiva aquellos hallazgos que pudieran estar en relación con un proceso

neoplásico de base. Estos comprenden: longitud y grosor del asa afectada, presencia de divertículos, captación mural de contraste y formación de abscesos locorreionales.

Resultados

Se obtienen 147 casos con episodios clínicos y radiológicos de diverticulitis aguda. Un 6,1% de estos casos fueron diagnosticados de proceso neoplásico de colon

La longitud media de segmento afectado fue de 6,7cm y el grosor de pared se mantuvo entre 1 y 2 cm. El 78% de los casos presentaron colecciones por perforación del asa con un diámetro medio de las mismas de 4,7cm. La captación mural fue marcada en todos los casos. En el 88% de los pacientes no se encontraron divertículos en el segmento intestinal afecto.

Conclusiones

La ausencia de divertículos y la formación de abscesos paracólicos son los hallazgos que permiten una mayor discriminación entre pacientes con verdadera diverticulitis aguda de aquellos con neoplasia de colon complicada que debutan con un cuadro clínico similar.

RES0111 TRAUMATISMOS TESTICULARES: HALLAZGOS RADIOLÓGICOS CON ECOGRAFÍA.

Laura Abenza Oliva¹, María Carmen Ojados Hernández², María del Carmen Gutiérrez Sánchez², María José Ruiz López², María Francisca Cegarra Navarro¹, Plácida Alemán Díaz¹

¹ Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia. Servicio de Radiología

² Hospital General Universitario Reina Sofía Servicio de Radiología

Objetivos

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión de los hallazgos ecográficos que el radiólogo puede encontrar en las primeras horas después de un traumatismo testicular.

Material y método

Se revisaron estudios desde 2000 hasta 2014 en los que se hablaba principalmente de las características encontradas en los traumatismos testiculares en la ecografía tanto en modo M como Doppler.

Resultados

Los traumatismos testiculares se pueden dividir en tres categorías:

- Traumatismo cerrados.
- Traumatismo penetrante.
- Traumatismos iatrogénicos (vasectomía...)
- Otras causas: quemaduras térmicas, eléctricas, químicas...

El diagnóstico del traumatismo escrotal puede suponer un reto dada su dificultad diagnóstica hasta para médicos con mucha experiencia. Los antecedentes clínicos son un punto importante ya que a veces la exploración clínica resulta difícil cuando estamos

ante un escroto edematoso y muy doloroso. El diagnóstico precoz es fundamental ya que de ello dependerá el tratamiento que se lleve a cabo. Una técnica diagnóstica que nos supone una gran ayuda es la ecografía tanto en modo B como Doppler.

Hallazgos ecográficos más frecuentes que encontramos en los traumatismos testiculares son principalmente:

- Intratesticulares: rotura testicular, pseudoaneurisma testicular, hematoma testicular.
- Extratesticular: hidrocele, lesiones en epidídimo, hematoma de la pared escrotal.

Hallazgos poco frecuentes y complicaciones: Torsión testicular, infartos testiculares, tumores testiculares...

Conclusiones

El traumatismo testicular es una urgencia poco frecuente.

El papel de los ultrasonidos es fundamental ya que permite una descripción rápida, fiable y precisa del daño producido intra y extratesticular y con ello poder llevar a cabo una actuación terapéutica adecuada. Hay que descartar la importancia de los ultrasonidos no solo en el diagnóstico inicial sino también en el seguimiento de las lesiones que en aquellos casos se realizó un tratamiento conservador y en exploraciones tardías la detección de las posibles complicaciones.

RES0130 DETERMINACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN PORTAL MEDIANTE ELASTOGRAFÍA ESPLÉNICA EN MODO SHEAR-WAVE.

José Antonio Alonso López¹, María Ruiz Martín¹, Susana Bahamonde Cabría¹, Beatriz Bañares González¹, Gloria Sánchez Antolín², Blanca Esther Viñuela Rueda¹

¹ Complejo Asistencial Universitario Palencia Servicio de Radiodiagnóstico

² Hospital Universitario Río Hortega Servicio de Digestivo

Objetivos

La hipertensión portal (HTP) es una consecuencia directa multifactorial de la progresión de la fibrosis hepática y su evolución a cirrosis hepática. Una de las complicaciones más graves es la formación de varices esofágicas (VE) y el consiguiente riesgo de sangrado. Su diagnóstico se realiza mediante la determinación del gradiente de presiones venoso hepático (HVGP) que es la prueba "gold standard". Sin embargo es una prueba radiológica intervencionista no exenta de riesgos, incómoda para el paciente y llevada a cabo exclusivamente en centros de referencia.

Se ha demostrado que las técnicas elastográficas no invasivas son útiles para diagnosticar la fibrosis hepática. La imagen de impulso de fuerza de radiación acústica (ARFI) es un sistema de imagen de elastografía.

El propósito del trabajo es estudiar la utilidad del ARFI esplénica en la detección de la hipertensión portal (HTP).

Material y método

Se estudiaron 20 pacientes con cirrosis hepática de diversa etio-

logía y estadío clínico Child-Pugh y se les realizó imágenes ARFI esplénica. Los valores de velocidad y propagación shear-wave se compararon con los valores de 20 controles sanos y con los gradientes de presiones venosa hepática realizados a los pacientes cirróticos.

Resultados

Comparando los valores de velocidad y propagación shear-wave esplénica de los pacientes cirróticos con el grupo control sano, los valores fueron más altos en pacientes cirróticos.

Hemos encontrado un valor de corte de velocidad y propagación shear-wave esplénica para detectar hipertensión portal de 2,94 m/s y 92 Kpa con una sensibilidad de 56,5% y una especificidad de 72,5%.

Conclusiones

La elastografía (ARFI) esplénica en modo shear-wave es una técnica no invasiva útil para detectar hipertensión portal en nuestra muestra de pacientes.

RES0135 TUMORES APENDICULARES: HALLAZGOS RADIOLÓGICOS Y CORRELACIÓN HISTOPATOLÓGICA EN NUESTRO HOSPITAL

Ángeles Jalón Navas¹, Carmen Lozano Calero¹, Ana Villar Puertas¹, Blanca Morón Rodríguez², Francisco Granados Pacheco²

¹ Hospital Costa del Sol Radiología

² Hospital Costa del Sol Anatomía Patológica

Objetivos

- Evaluar la incidencia y forma de presentación de los tumores apendiculares intervenidos en nuestro hospital.
- Establecer si existen hallazgos radiológicos que puedan resultar claves para establecer una sospecha diagnóstica previa a la cirugía

Material y método

Realizamos un estudio retrospectivo de pacientes con tumores apendiculares diagnosticados radiológicamente y confirmados por anatomía patológica en un período desde Enero de 2013 a Junio de 2017 en nuestro hospital.

Se evaluaron la edad, el sexo, la clínica, los hallazgos radiológicos, las indicaciones quirúrgicas, el tipo de intervención y la confirmación anatomopatológica.

Se analizaron las historias clínicas, los estudios anatomopatológicos y radiológicos realizados a estos pacientes, ya fuese ecografía y/o TC, valorándose si se detectaron datos en las imágenes que permitieran instaurar un diagnóstico de sospecha quirúrgico.

Resultados

Durante este período, en nuestro servicio se realizaron 1035

ecografías con hallazgos que sugerían patología apendicular. De éstas, 1000 casos se realizaron apendicectomías, confirmándose histológicamente 12 tumores apendiculares (1,2%), y el resto apendicitis. De los tumores, 5 fueron mujeres (42%) con edad media de 47 años y 7 hombres (58%) con edad media de 31 años. En la mayoría, las manifestaciones clínicas que motivaron la intervención fueron la sospecha de apendicitis.

Los resultados anatomopatológicos confirmaron tumor neuroendocrino tipo carcinoide en 9 pacientes, tumor mucinoso en 2 y la coexistencia de ambos en 1 caso.

Las pruebas de imagen en los tumores neuroendocrinos sugerían apendicitis y en los tumores mucinosos revelaban característicamente un apéndice muy distendido de aspecto quístico, con ecogenidad interna variable en ecografía y de baja atenuación en el TC.

Conclusiones

Los tumores del apéndice cecal son una entidad infrecuente, pero deben de estar presentes en el diagnóstico diferencial de la patología apendicular. No existen datos de imagen específicos que permitan un diagnóstico prequirúrgico de tumores neuroendocrinos, sin embargo, si existen hallazgos característicos que nos deben hacer sospechar tumores mucinosos.

RES0141 QUIMIOEMBOLIZACIÓN TRANSARTERIAL EN EL HEPATOCARCINOMA: ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA.

Sara Lojo Lendoiro¹, Moisés Casal Rivas², Sonia Cea Pereira², María del Carmen Neches Rodríguez², Luis Antonio Domínguez Viguera-Fernández², Marta Gallego Riol¹

¹ Hospital de Mérida Servicio de Radiodiagnóstico

² Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo Servicio de Radiología Vasculare e Intervencionista

Objetivos

Evaluar la supervivencia de los pacientes con carcinoma hepatocelular (HCC) y estadio BCLC B, tratado mediante quimioembolización transarterial (TACE) intervenidos en nuestro centro, en el periodo que abarca mayo del año 2010 a mayo del año 2016.

Material y método

Se incluye una cohorte de pacientes afectados de HCC, consecutivos, tratados en el periodo que abarca desde mayo del año 2010 hasta mayo del año 2016, en un estudio observacional, longitudinal y retrospectivo en el cual se estudia la supervivencia de dichos pacientes en función del número de sesiones realizadas y la respuesta a dichos tratamientos valorada mediante pruebas de imagen (resonancia magnética)

Resultados

Se incluyeron todos los pacientes tratados únicamente mediante TACE en el periodo descrito, resultando un total de 196 procedimientos de los cuales, tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, permanecieron en el estudio 54 pacientes.

Obtuvimos curvas de supervivencia a 6 meses, 1 año, 2 años y 3 años post-tratamiento, valorando además otras variables de interés como la etiología de la enfermedad hepática, complicaciones derivadas del procedimiento durante las primeras 24h y antes de los 30 días y la causa del fallecimiento si es que éste se produce. También se estudiaron las tasas de éxito clínico y éxito técnico y si en posteriores sesiones se utilizaron tratamiento combinados percutáneos.

Conclusiones

La quimioembolización transarterial en pacientes con HCC en estadio inicial no candidatos a la resección o trasplante, induce remisiones completas y parciales en un elevado número de casos, mejorando la supervivencia de pacientes en estadio B de la BCLC.

RES0163 ENDOMETRIOSIS PÉLVICA PROFUNDA: HALLAZGOS EN ECOGRAFÍA ABDOMINAL Y ENDOVAGINAL

Jaime Salvador García, Anthony Vizarrreta, Tomás Ripollés, Fernando Brahm, María Jesús Martínez

Hospital Universitario Doctor Peset. Radiodiagnóstico

Objetivos

Revisar los hallazgos de endometriosis profunda mediante ecografía abdominal y vaginal, y describir e ilustrar los diferentes patrones de imagen y su correlación histopatológica o con RM.

Material y método

Estudio observacional, retrospectivo, transversal, que incluyó 29 pacientes a quienes se les realizó ecografía abdominal o vaginal con diagnóstico ecográfico de endometriosis. Se analizó las localizaciones y las diferentes apariencias: nodular, en placa, estrellada, estenosante o con retracción de estructuras. Se revisó la incidencia de endometriomas asociados.

Resultados

Los hallazgos fueron confirmados por cirugía e histopatología en 26 pacientes. Los 3 restantes tuvieron hallazgos compatibles en RM. Las localizaciones más frecuentes fueron en pared vesical, uretral, región retrocervical, espacio rectovaginal, fondo de saco recto-vaginal, apendicular, en colon sigmoide y recto. La forma en placa adherida a la submucosa condicionó la retracción de los segmentos intestinales afectados. La mayoría de pacientes mostró endometriomas ováricos que facilitó el diagnóstico.

Conclusiones

La ecografía abdominal y, sobre todo, la ecografía vaginal permite la identificación de los implantes endometriósicos mostrando alta correlación con los hallazgos quirúrgicos y en RM. El reconocimiento de estos hallazgos y la apariencia ecográfica facilita la orientación y el manejo de este tipo de pacientes.

PRESENTACIONES ELECTRÓNICAS EDUCACIONALES

RES0008 PATOLOGÍA BENIGNA, INFLAMATORIA Y TUMORAL DE LAS VÍAS BILIARES.

Alba Virtudes Pérez Baena, María Requena Santos, Félix Serrano Puche, Guillermo Lomeña Álvarez, Leticia Liébana Carpio

Hospital Regional Universitario de Málaga Radiodiagnóstico

Objetivo docente

- Revisar el diagnóstico diferencial de la patología de las vías biliares, con especial interés en diferenciar hallazgos benignos, patología inflamatoria y tumoral, así como los diferentes tumores con más incidencia y prevalencia en nuestro entorno.
- Identificar los signos radiológicos concernientes a la patología inflamatoria y tumoral de las vías biliares, ilustrándolos con casos clínicos
- Revisar las diferentes técnicas de imagen, especialmente TC y RMN, empleadas e el diagnóstico relacionado con la patología de las vías biliares, así como los signos clave que ayudan a diferenciar cada enfermedad.

Revisión del tema

Las vías biliares tienen una amplia variedad de patología con un amplio diagnóstico diferencial, en función del contexto clínico del paciente y de la imagen radiológica podemos realizar con mayor grado de fiabilidad un diagnóstico definitivo.

La dilatación de vías biliares es un hallazgo muy frecuente en radiología, siendo necesario conocer los hallazgos clave que ayudan a realizar un correcto diagnóstico diferencial.

El colangiocarcinoma es la segunda neoplasia más frecuente en el hígado. Sus principales factores de riesgo son: colangitis esclerosante 1º, malformaciones congénitas de árbol biliar (Caroli, quistes colédoco, CPR, clonorchiasis, hepatitis) que iremos desarrollando a lo largo del tema.

Su clínica más frecuente es ictericia indolora, haciendo vital la prueba de imagen para poder diagnosticarlo así como diferenciarlo de otras etiologías.

Conclusiones

Existe un amplio espectro de patología que puede afectar a las vías biliares, la TC y la RM suelen colaborar en el diagnóstico definitivo en la mayoría de los casos, siendo necesario en ocasiones un diagnóstico anatomopatológico para su determinación final.

Tanto el TC como la RMN son técnicas fundamentales en el estudio de la patología abdominal, especialmente de las vías biliares, saber los signos y hallazgos claves de las patologías más frecuentes en nuestro medio es de vital importancia en radiología.

RES0011 TRATAMIENTO PERCUTÁNEO DE LA VÍA BILIAR MEDIANTE STENTS BILIARES: INDICACIÓN, TÉCNICA Y COMPLICACIONES.

Sara Lojo Lendoiro¹, Moisés Casal Rivas², Sonia Cea Pereira², Luis Antonio Domínguez Viguera-Fernández², María del Carmen Neches Rodríguez², Marta Gallego Riol¹

¹ Hospital de Mérida Servicio de Radiodiagnóstico

² Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo Servicio de Radiología vascular e intervencionista

Objetivo docente

Repasar el procedimiento de colocación percutánea de los stents biliares así como sus indicaciones según las guías clínicas vigentes. Estudiar las siguientes variables: Indicación del stent, éxito técnico y clínico, porcentaje de éxitos, vía de entrada: urgente o programado y complicaciones derivadas de la intervención para la valoración global de la supervivencia asociada a dicha técnica.

Revisión del tema

El tratamiento de la vía biliar puede lograrse empleando métodos quirúrgicos, endoscópicos o percutáneos, utilizando estos últimos para la descompresión urgente de la vía biliar obstruida en colangitis aguda y/o sepsis, como drenaje biliar prequirúrgico o paliativo en patología maligna, como paso previo a prótesis en paciente no quirúrgico o a tratamiento de lesiones benignas y /o litiasis del árbol biliar o utilizado para drenaje de la vía biliar tras fallo, imposibilidad o no disponibilidad de drenaje endoscópico (CPRE). En el presente trabajo se realiza un estudio observacional, retrospectivo y longitudinal en el que incluyen pacientes consecutivos tratados mediante stent biliar con colocación percutánea, explicando la técnica, valorando el éxito técnico y clínico del procedimiento, la vía de entrada del paciente (urgente o programado) así como el porcentaje de complicaciones y de éxitos.

Conclusiones

El tratamiento percutáneo de la vía biliar para su descompresión es una técnica sencilla, mínimamente invasiva, que constituye una alternativa eficaz para mejorar las condiciones del paciente icterico antes de otro procedimiento invasivo mayor, como terapia definitiva o como tratamiento paliativo a largo plazo en enfermedades malignas.

RES0013 DE LA COLECISTITIS AGUDA A LA COMPLICADA

Ady Mildred Viveros Castaño, Ana Oliva Martí, Maribel Cugat Gimeno, Esther García Rodríguez, Marta Herrero Redondo, Greicy Muniz Da Silva

Hospital Verge de la Cinta Radiología

Objetivo docente

Revisar el espectro de hallazgos radiológicos en la ecografía y TAC de la colecistitis aguda (CA), así como de sus principales complicaciones, permitiendo establecer un diagnóstico diferencial entre las mismas.

Revisión del tema

La CA es la segunda causa de abdomen agudo después de la apendicitis, siendo uno de los principales motivos de consulta en urgencias. Consiste en la inflamación de las paredes de la vesícula, habitualmente secundaria a una litiasis impactada en el cuello vesicular o en conducto cístico.

Los pacientes con patología vesicular suelen presentarse con dolor abdominal en hipocondrio derecho, fiebre, síntomas autonómicos, leucocitosis y elevación de las transaminasas y fosfatasa alcalina. A pesar de una adecuada valoración clínica, la aproximación diagnóstica puede ser errónea, lo que representa un gran reto para el clínico. La primera prueba de imagen a realizar ante esta sospecha es la ecografía. Si la clínica no es del todo clara o los hallazgos son equívocos se realizará TAC, que nos permitirá detectar complicaciones asociadas u otras etiologías. Lo que convierte la valoración radiológica en una herramienta de gran importancia, permitiendo un mejor enfoque de esta entidad.

En los últimos años se ha registrado un aumento de la incidencia de complicaciones de la CA, complicaciones que pueden ser letales si el diagnóstico y manejo no son precoces. Un factor importante es el manejo conservador de estos pacientes debido al riesgo quirúrgico de algunos de ellos y a las largas listas de espera quirúrgica. Las principales complicaciones son la colecistitis gangrenosa, la hemorrágica, enfisematosa, la perforación vesicular, el íleo biliar y síndrome de Mirizzi.

Conclusiones

Ante la variabilidad de complicaciones de la CA y sus repercusiones en la tasa de morbi-mortalidad, una adecuada y pronta interpretación de los hallazgos radiológicos mediante la ecografía y el TAC, permite acelerar el proceso diagnóstico-terapéutico, y mejorar la salida de los pacientes.

RES0018 GUÍA PRÁCTICA DE LA ENDOMETRIOSIS POR RM

Marta Bonfill Garcin¹, Laia Valls Massot², Sergi Juanpere Martí², Margarita Osorio Fernández², Gerard Carbo Vilavedra², Albert Maroto Genover²

¹ Hospital Universitari Dr Josep Trueta, Girona Institut de diagnòstic per la Imatge

² Hospital Universitari Dr Josep Trueta Institut de diagnòstic per la Imatge

Objetivo docente

Nuestro objetivo es mostrar el aspecto radiológico de las lesiones de la endometriosis por RM, así como sus complicaciones asociadas sobre órganos adyacentes.

Revisión del tema

La endometriosis es la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina, patología que afecta a mujeres en edad reproductiva. La sintomatología varía desde pacientes asintomáticas, a clínica dismenorrea, dispareunia, infertilidad, síntomas urinarios, sintomatología digestiva, etc, en función de la localización de los implantes

Las lesiones más frecuentes de la endometriosis son los endometriomas (afectación ovárica) y la que más sintomatología produce es la endometriosis pélvica profunda. Según su localización, la dividimos en compartimento anterior (vejiga urinaria, uréteres y plica vesico-uterina), medio (trompas, parametrios, ligamento redondo) y posterior (fondo de saco, ligamentos uterosacros, torus uterino, tabique recto-vaginal). Cabe destacar que también puede implantarse el tejido endometrial en el espesor del miometrio, dando lugar a la llamada adenomiosis, ya sea focal o difusa.

En nuestro centro, los estudios fueron realizados en equipo de RM de alto campo (1.5 T) empleando bobina de superficie, multi-canal. Se adquieren series ponderadas en T2, de alta resolución en planos transversal, sagital y coronal, series en T1 axial y T1 con supresión grasa.

La señal de los implantes endometriósicos varía según la proporción que tengan de tejido glandular, hemorragia, inflamación y fibrosis. El tejido glandular es hiperintenso en T2, la fibrosis hipointensa en T1 y T2, y los focos hemorrágicos, hiperintensos en T1 y T1 fatsat. Con la RM también identificamos las consecuencias sobre los otros órganos de dichos implantes (retracción tracto digestivo, hidronefrosis...)

Conclusiones

La RM es útil para diagnosticar los endometriomas, la adenomiosis y especialmente útil en los casos de endometriosis profunda, que requerirán tratamiento quirúrgico, ya que podemos identificar la localización de dichos implantes y valorar las complicaciones asociadas

RES0019 TRATAMIENTO PERCUTÁNEO DEL HEPATOCARCINOMA: PAPEL DEL RADIÓLOGO INTERVENCIONISTA.

Sara Lojo Lendoiro¹, Moisés Casal Rivas², Sonia Cea Pereira², Luis Antonio Domínguez Viguera-Fernández², María del Carmen Neches Rodríguez², Marta Gallego Riol¹

¹ Hospital de Mérida Servicio de Radiodiagnóstico

² Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo Servicio de Radiología Vasculare e Intervencionista

Objetivo docente

Describir técnicas y procedimientos para el tratamiento percutáneo del HCC, combinado o no con tratamiento intraarterial así como de los criterios para la elección de una técnica.

Revisión de los distintos procedimientos y análisis de resultados mediante el estudio de casos clínicos.

Revisión del tema

El hepatocarcinoma constituye la quinta causa de cáncer, siendo el tumor primario hepático más frecuente, con una incidencia creciente. Es una patología con origen multifactorial aunque suele desarrollarse en el contexto de una enfermedad hepática crónica. Con los avances en las técnicas de imagen, es posible el diagnóstico en fases tempranas, planteándose un tratamiento con intenciones curativas. El trasplante hepático ortotópico (THO) es en

único tratamiento que soluciona simultáneamente la hepatopatía crónica y el HCC, pero el escaso número de órganos disponibles para el trasplante, los estrictos criterios de inclusión y las prolongadas listas de espera limitan el acceso a este tratamiento. Además, en los pacientes con hipertensión portal, el tratamiento oncológico con intenciones curativas es la termoablación y alcoholización percutánea, antes que cirugía resectiva, reservada para pacientes sin hipertensión portal.

En diagnósticos con estadios más avanzados, la Radiología Intervencionista ofrece tratamientos oncológicos paliativos como la quimio o radioembolización, alternativas dentro del esquema de estadificación y tratamiento de Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC). Actualmente se está investigando a nivel clínico con la electroporación irreversible, técnica de ablación no térmica que permite el tratamiento percutáneo seguro de lesiones próximas a la vía biliar y grandes vasos.

La disponibilidad de los modernos angiógrafos con programas CBCT (Cone Beam Computed Tomography), permiten la reconstrucción MPR, 3D y el guiado preciso de la punción de lesiones poco accesibles permitiendo mayor fiabilidad en el tratamiento.

Conclusiones

Las distintas guías clínicas actuales contemplan el papel central del tratamiento percutáneo e intra-arterial del HCC, sea como tratamiento definitivo o paliativo y cualquier paciente con un diagnóstico de HCC debe tener acceso al mismo.

RES0021 PAPEL DEL RADIÓLOGO EN EL MANEJO DE LA PANCREATITIS AGUDA

Elsa García Antuña, Carlos López Muñoz, Begoña Palomo Antequera, Rebeca Fernández de Sanmamed Gutiérrez, Claudia Pinilla Rivas, Irene González Ardines

Hospital Universitario de Cabueñes Radiodiagnóstico

Objetivo docente

Definir las indicaciones y utilidad de las exploraciones de imagen en los distintos escenarios clínicos de la pancreatitis aguda (PA).

Revisión del tema

La PA es una enfermedad inflamatoria frecuente de curso clínico muy variable, que puede llegar a ser mortal. Las exploraciones de imagen, fundamentalmente ecografía, TC y RM juegan un papel muy importante en su manejo, desde el diagnóstico inicial, pasando por la evaluación de gravedad hasta el manejo de las complicaciones incluyendo procedimientos intervencionistas terapéuticos. Dado lo complejo de la combinación de posibles exploraciones y sus indicaciones proponemos una estructuración por escenarios

ESCENARIO I: DIAGNOSTICO

El diagnóstico de la PA se basa en cumplir dos de tres criterios: Clínico: dolor epigástrico típico Analítico: lipasa o amilasa > 3 ve-

ces su valor normal. Imagen: hallazgos característicos en TC +C IV o RM.

Si se cumplen los dos primeros, no es necesario realizar pruebas de imagen. Se realizará TC si existen dudas.

ESCENARIO II: PRIMERAS 24-48 horas

Ecografía para determinar la etiología biliar o no de la PA.

ESCENARIO III: ESTIMACIÓN DE GRAVEDAD

En las de curso clínico leve no son necesarias pruebas de imagen.

Si existen criterios clínicos de gravedad de gravedad TC +C IV (o RM si existe contraindicación para contraste iodado) al menos 48-72 horas tras el inicio de los síntomas, para estimar la gravedad en función de la existencia de distintos hallazgos.

ESCENARIO III: EVOLUCION DE LA PA GRAVE

TC +C IV (o RM) cuando existan acontecimientos clínicos que hagan sospechar complicaciones.

ESCENARIO IV: ICTERICIA

Colangio RM para descartar coledocolitiasis que requiera CPRE.

ESCENARIO V: INTERVENCIONISMO

Guiado por TC o Ecografía para PAAF diagnóstica de infección, drenaje de colecciones y/o guía para necrosectomía laparoscópica.

Conclusiones

Proponemos una aproximación estructurada por escenarios clínicos a las indicaciones y utilidad de las exploraciones de imagen en la PAG.

RES0022 COMPLICACIONES INTRAPERITONEALES EXTRA-INTESTINALES DE LA ENFERMEDAD DE CROHN

Marta Gallego Riol, Ana Plasencia Blanco, Sara Lojo Lendoiro, Anselmo Macayo Sánchez

Hospital de Mérida Radiodiagnóstico

Objetivo docente

- Identificar los hallazgos clásicos de la enfermedad de Crohn.
- Valoración de la afectación intestinal.
- Evaluar los posibles hallazgos extraintestinales de la enfermedad de Crohn para un correcto manejo terapéutico.

Revisión del tema

La enfermedad de Crohn, se caracteriza por un engrosamiento de la pared intestinal >4 mm siendo considerado patológico y un buen predictor de la enfermedad, que deben medirse con el asa distendida. En la fase inflamatoria este engrosamiento se considera edema submucoso, que disminuye con el tratamiento efectivo cuando se debe al edema.

La tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM) son muy útiles sobre todo en las fases avanzadas. Valoran

la lesión intestinal pero también la patología extraluminal como abscesos, proliferación fibroadiposa, el aumento de vascularización de la vasa recta y la presencia adenopatías mesentéricas. Evalúan la extensión transmural del proceso, pueden definir qué es lo que ocurre más allá de una estenosis severa en contraposición a lo que ocurre con el estudio baritado, definen las complicaciones intraperitoneales extraintestinales, todo ello aportando una información tridimensional, y como son exploraciones que se realizan tras la administración de contraste endovenoso también añaden, por tanto, información de carácter vascular.

La enfermedad de Crohn presenta múltiples afectaciones extraintestinales, las cuales hay que tener en cuenta cuando se valora estudios de estos pacientes: Colecciones intraabdominales y extraabdominales, artritis periféricas, artropatía axial, afectaciones dermatológicas, oftalmológicas, hematológicas, hepatobiliopancreáticas y neurológicas.

Conclusiones

El papel del radiólogo es proporcionar datos **objetivos** que van a solventar los dilemas que tienen trascendencia desde el punto de vista terapéutico. Siendo muy importante conocer las complicaciones extraintestinales ya que "no se encuentra lo que no se busca", teniendo una gran trascendencia en el manejo y tratamiento de estos pacientes.

RES0023 RESONANCIA MAGNÉTICA DE RECTO: CÓMO REALIZAR UN BUEN INFORME

Marta Gallego Riol, Ana Plasencia Blanco, Anselmo Macayo Sánchez, Sara Lojo Lendoiro

Hospital de Mérida Radiodiagnóstico

Objetivo docente

- Realización de una correcta valoración de la resonancia magnética (RM) de recto.
- Determinar todo lo que se necesita saber para un adecuado tratamiento del paciente.
- Realizar una técnica adecuada para la valoración de un estudio correcto.
- Aportar las claves para realizar un correcto informe.

Revisión del tema

La RM de recto se utiliza para el estadiaje, valoración prequirúrgica y respuesta al tratamiento. Es muy importante para poder determinar si el margen quirúrgico de resección se encuentra libre o comprometido por el tumor, sin embargo los diferentes especialistas, cirujanos, oncólogos y radioterapeutas, necesitan más información que el simple estadiaje y la relación fascia-tumor, que trataremos de abordar en nuestro trabajo.

La RM mejora la selección e indicación de la terapia preoperato-

ria evitando tratamientos adyuvantes innecesarios. La RM rectal de alta resolución, se obtienen cortes finos con antenas de superficie y sin la necesidad de distensión luminal, permitiendo definir las diferentes capas de la pared rectal así como un amplio campo de visión perirrectal. Nos aporta una excelente valoración anatómica, morfológica y la relación de las vísceras y fascias pélvicas. La gran ventaja con respecto a otras técnicas es su alta resolución espacial lo que permite diferenciar tanto tumores superficiales como avanzados. La mayoría de los errores de sobreestadaje mediante RM reside en la diferenciación de un estadio T2 avanzado o un T3 mínimo, siendo la reacción desmoplásica difícil de diferenciar en RM, por lo que cuando se establece que es un estadio T3 hay que determinar otros parámetros, de los cuales se realizará una revisión.

Conclusiones

Hacer una revisión de las diferentes secuencias, lo que nos aporta cada una de ellas y cómo realizarlas para una correcta valoración del estudio. Un repaso sobre los puntos clave del estadiaje del cáncer de recto. Y cómo aportar un correcto informe estructurado, para el correcto manejo terapéutico.

RES0024 REPASO DE LOS ESPACIOS RETROPERITONEALES Y PERITONEALES

Marta Gallego Riol, Sara Lojo Lendoiro, Raquel Esteban Sáiz

Hospital de Mérida Radiodiagnóstico

Objetivo docente

- Repaso anatómico de los espacios abdominales.
- Identificar los diferentes espacios del peritoneo y retroperitoneo, para poder realizar un informe estructurado y adecuado.

Revisión del tema

Las diferentes estructuras peritoneales se afectan frecuentemente por procesos inflamatorios, infecciosos y neoplásicos. Estos espacios también se ven afectados por extensión de órganos adyacentes o afectación por enfermedades sistémicas. Es necesario el conocimiento de la anatomía para poder identificar los hallazgos patológicos y ubicarlos en los espacios abdominales correctos.

Mediante esta revisión se pretende dar a conocer los diferentes espacios anatómicos abdominales que visualizamos habitualmente en los estudios de ecografía, tomografía computarizada (TC) o resonancia magnética (RM). Estos espacios están formados por ligamentos, mesos y omentos que delimitan los espacios y el flujo del líquido, por donde se propagan las diferentes enfermedades. En todos los servicios de radiología se realizan múltiples estudios a lo largo del día donde se visualizan estos espacios siendo imprescindible su conocimiento en el trabajo diario de cualquier radiólogo.

Conclusiones

El conocimiento de los espacios peritoneales y retroperitoneales es necesario para la realización y estructuración de un buen informe, conocimiento imprescindible para todos los radiólogos y muy importante para todos los radiólogos en formación.

RES0025 TODO LO QUE DEBES SABER SOBRE EL SÍNDROME DE CONGESTIÓN PÉLVICA

Marta Gallego Riol, Sara Lojo Lendoiro

Hospital de Mérida Radiodiagnóstico

Objetivo docente

- Valorar los hallazgos en la tomografía computarizada (TC) de la dilatación de las venas ováricas en mujeres sintomáticas o asintomáticas.
- Tratar de determinar las causas de la dilatación venosa y su relación con este síndrome.

Revisión del tema

El dolor pélvico crónico una de sus etiologías es la congestión pélvica, asociada a varices pélvicas, presente en mujeres con algias pélvicas de causa desconocida.

La etiología de la dilatación pélvica es incierta y poco conocida, de probable origen multifactorial, interviniendo factores mecánicos y hormonales. En los factores mecánicos está la ausencia de válvulas en las venas ováricas, debilidad de su pared y compresión de la vena renal izquierda retroaórtica, compresión de la vena renal izquierda entre la aorta y la arteria mesentérica superior "fenómeno de Nutcracker" y la compresión venosa por una causa tumoral.

Los síntomas son producidos por el efecto de masa que producen las varices, empeorando a lo largo del día y con la bipedestación. Suele afectar a mujeres multíparas, de edad media, con dolor crónico pélvico, polaquiuria, dolor, dismenorrea y dispareunia.

El diagnóstico por imagen puede establecerse por ecografía, TC o resonancia magnética (RM).

En TC o RM se aprecia dilatación, por encima de 8 mm de diámetro, de las venas ováricas y varicosidades pélvicas adyacentes a los ovarios de más de 4 mm de diámetro. Suele verse en fase arterial tardía, estableciéndose tres grados, que se describirán con detalle en nuestro trabajo.

Conclusiones

En los estudios realizados a mujeres por diferentes motivos nos podemos encontrar dilatación de las venas ováricas y paraauterinas, donde debemos ser capaces de identificar y reseñar este hallazgo para su adecuada valoración en el contexto clínico de las pacientes.

RES0026 SÍNDROME AÓRTICO AGUDO*Marta Gallego Riol, Raquel Esteban Sáiz, Sara Lojo Lendoiro**Hospital de Mérida Radiodiagnóstico***Objetivo docente**

- Identificación del síndrome aórtico agudo ya que es una enfermedad potencialmente mortal.
- Conocer los principales hallazgos por tomografía computarizada (TC) de las patologías que conforman el síndrome aórtico agudo.
- Realizar un correcto informe de este síndrome.

Revisión del tema

El síndrome aórtico agudo constituye un espectro de enfermedades potencialmente mortales, incluyen la disección aórtica, el hematoma intramural y la úlcera penetrante. El diagnóstico por TC es crucial en su diagnóstico, debido a su disponibilidad, rapidez y precisión, permitiendo la distinción entre las distintas etiologías y un correcto manejo terapéutico de esta entidad. Para el diagnóstico y la correcta valoración del síndrome aórtico agudo es necesario hacer un estudio de TC en diferentes fases según la sospecha clínica o según los hallazgos de la TC.

El protocolo mediante TC es:

Sin contraste intravenoso:

- Diagnóstico diferencial con el hematoma intramural
- Valorar calcificaciones de la íntima.

TC con contraste intravenoso:

- Fase arterial (20 segundos) y venosa (retraso 60 segundos)
- 3 cm por encima de los troncos supraaórticos hasta arterias femorales proximales.

Mediante este trabajo se pretende realizar una revisión de la etiología, la clínica, los hallazgos en la TC y si el manejo terapéutico si es quirúrgico o conservador, aportándose casos de nuestro centro. La realización de un correcto informe y los datos que aporta la TC para su correcto tratamiento.

Conclusiones

Todos los radiólogos deben conocer los hallazgos que aporta la TC en esta patología ya que requiere un diagnóstico certero y precoz que mejora el pronóstico y la supervivencia de los pacientes.

RES0027 LO QUE RADIÓLOGO DEBE SABER SOBRE LOS TUMORES PANCREÁTICOS*Marta Gallego Riol, Raquel Esteban Sáiz, Manuela Rebolledo, Sara Lojo Lendoiro**Hospital de Mérida Radiodiagnóstico***Objetivo docente**

- Conocer la anatomía y las funciones de la glándula pancreática.

- Saber que nos aporta cada técnica radiológica en el estudio de tumores de páncreas.
- Aprender a realizar un buen informe para un correcto manejo terapéutico.

Revisión del tema

Las lesiones pancreáticas suponen un reto para todos los radiólogos, sobre todo para los residentes de radiología, donde muchas imágenes causan dudas y complejos diagnósticos. Los tumores pancreáticos constituyen un grupo heterogéneo de patologías con diferentes sintomatología, radiología e histopatología. Desde el punto de vista radiológico los tumores

pancreáticos se dividen, a groso modo en sólidos y quísticos.

Dadas las características anatómicas del páncreas cuando existe sintomatología la enfermedad se encuentra en estadios avanzados, por lo que es necesario el conocimiento de estos tumores para un diagnóstico temprano y realizar un correcto informe radiológico para un adecuado manejo terapéutico.

Mediante este trabajo y aportando casos de nuestro centro se pretende dar las claves para conocer los distintos tipos de tumores y elaborar un correcto informe.

Conclusiones

Todos los radiólogos deben familiarizarse con imágenes de tumores pancreáticos, para así poder obtener un diagnóstico precoz y preciso y en colaboración con las diferentes especialidades llegar a un diagnóstico y tratamiento tempranos.

RES0028 HALLAZGOS EN TC DE LA PATOLOGÍA GÁSTRICA URGENTE: PROTOCOLO, ENTIDADES Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.*Carlos Luque Revelles¹, Elena Moya Sánchez¹, Víctor Medina Salas², Sara Barranco Acosta¹, Eduardo Ruiz Carazo¹, Genaro López Milena¹*¹ *Hospital Universitario Virgen de las Nieves Radiodiagnóstico*² *Hospital Universitario Virgen de las Nieves Medicina Familiar y Comunitaria***Objetivo docente**

- Repasar la anatomía radiológica gástrica y los principales hallazgos sospechosos de patología en TC.
- Conocer el protocolo y las principales entidades que componen la patología gástrica urgente.
- Reconocer signos característicos que nos ayuden en el diagnóstico diferencial de las distintas patologías.

Revisión del tema

La tomografía computarizada es una técnica de imagen muy importante en el estudio de la patología gástrica urgente. Es importante realizar un protocolo adecuado en función de la entidad que se sospeche:

- Estándar: TC + civ 1-3 ml/seg con retraso de 60-100 segundos desde la inyección.

- Paciente con sospecha de patología gástrica: Contraste negativo (agua) inmediatamente antes del scanner.
- Contraste i.v.: Neoplasia, inflamación, isquemia.
- Estudio angiográfico (vacío, arterial y portal): Sospecha de sangrado agudo GI.

Se expone la anatomía radiológica normal y los hallazgos radiológicos típicos de las principales entidades urgentes: patología inflamatoria, obstrucción y perforación gástrica y sus causas, patología isquémica, hemorrágica y traumática gástricas.

Los principales hallazgos radiológicos de sospecha en TC son el engrosamiento parietal focal o excéntrico, la baja atenuación o modularidad de la pared gástrica, el hiperrealce mucoso y la rarefacción grasa adyacente.

Cada uno de estos hallazgos sugerirá una entidad característica y es importante reconocerlos e identificar signos radiológicos típicos de cada patología que nos ayuden a realizar un adecuado diagnóstico diferencial.

Conclusiones

- El TC es una prueba de imagen muy útil para valorar la patología gástrica urgente.
- Se debe conocer la anatomía radiológica normal y desarrollar una lectura sistemática para obtener la máxima rentabilidad y realizar un diagnóstico adecuado.
- Es importante para el radiólogo conocer los hallazgos radiológicos típicos de la patología gástrica y realizar un adecuado diagnóstico diferencial que permita un tratamiento adecuado y mejore el pronóstico ya que muchas de estas patologías son de extrema gravedad.

RES0029 IMPORTANCIA DE LA ESTADIFICACIÓN LOCAL PREQUIRÚRGICA DEL CÁNCER DE RECTO MEDIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA

Laura Díaz Rubia, Irene Garrido Márquez, Jose Antonio Miras Ventura

Hospital Universitario San Cecilio Radiodiagnóstico

Objetivo docente

El objetivo de este trabajo es describir cómo se realiza el estadiaje local del cáncer de recto mediante Resonancia Magnética (RM), repasar brevemente la anatomía pélvica y detallar las secuencias más utilizadas y los hallazgos más importantes.

Revisión del tema

El recto se extiende desde su unión con sigma hasta 15 cm del margen anal y esto sirve para dividir el cáncer de recto en bajo, medio y alto en función de su distancia a dicho margen.

Los tercios medio e inferior del recto son extraperitoneales y están envueltos por la fascia mesorrectal (FMR), importante a la hora de estadificar el cáncer, pues cuando ésta está afectada posee implicaciones pronósticas. También destacan otras estructuras del suelo pélvico como el ligamento rectosacro y los eleva-

dores del ano que sostienen el recto.

El estadiaje local del cáncer de recto se puede realizar con ecografía endorrectal o RM, aunque ésta última tiene las ventajas de no ser tan operador-dependiente y de obtener imágenes con gran resolución espacial.

El protocolo de estudio se basa en secuencias estándar potenciadas en T2 en distintos planos, con campo de visión (FOV) de 24 cm y grosor de 5 mm y en secuencias de alta resolución con FOV de 16 cm y 3 mm de grosor, éstas últimas imprescindibles a la hora de estadificar el tumor.

La estadificación con RM se realiza mediante la clasificación TNM dividiendo los tumores en estadíos del I al IV en función de su extensión local. El radiólogo tiene por tanto un papel clave en esta enfermedad pues su informe condicionará el tratamiento a seguir.

Conclusiones

La resonancia magnética es una prueba fundamental en pacientes con cáncer de recto ya que permite una adecuada estadificación local del tumor debido a su alta resolución espacial. Además es muy útil para valorar tanto el tumor residual como la respuesta al tratamiento adyuvante.

RES0030 INTERVENCIONISMO TERAPÉUTICO GUIADO POR IMÁGEN EN SECCIÓN DE RADIOLOGÍA ABDOMINAL. EXPERIENCIA DE 5 AÑOS Y UTILIDAD

Elsa García Antuña, Carlos López Muñiz, Irene González Ardines, Begoña Palomo Antequera, Cristina Fernández Buergo, Jennifer Barbato Mateos

Hospital de Cabueñes Radiodiagnóstico

Objetivo docente

Describir las técnicas de drenaje guiadas por imagen, fundamentalmente ecografía y menos TC, en la mayoría de los casos como alternativa a la cirugía, realizadas en cinco años, su repercusión en el manejo clínico del paciente y **resultados** terapéuticos, en un servicio en el que no se dispone de unidad de intervencionismo, realizadas por radiólogos generales de la sección de abdomen.

Revisión del tema

En cinco años se realizaron 411 drenajes de colecciones y 36 colecistostomías.

El paciente debe disponer de una coagulación reciente, con tasa de protrombina mayor de 60 y más de 50000 plaquetas. Mayoritariamente guiados por ecografía, bajo anestesia local y con técnica de "punción directa". Usamos catéteres tipo "pigtail" de distintos calibres. Las colecciones de difícil acceso o con mala ventana ecográfica se realizan guiadas por TC, generalmente con técnica Seldinger. Intentamos dejar la colección prácticamente vacía aunque el cateter se mantiene varios días requiriendo lavados periódicos para evitar obstrucción. Se retira con débito inferior a 10 cc/día 3 días y desaparecen criterios de infección, previo control de imagen.

Ha aumentado progresivamente la demanda de tratamientos

conservadores como alternativa quirúrgica, fundamentalmente en pacientes de alto riesgo quirúrgico como edad avanzada y/o comorbilidades, por lo que cada vez realizamos mayor número de prodimientos. Las situaciones más habituales son colecistitis, colecciones postquirúrgicas, colecciones en el contexto de pancreatitis aguda, abscesos secundarios a patología infecciosa/inflamatoria (diverticulitis, apendicitis, EEI, abscesos hepáticos...). También realizamos con frecuencia paracentesis diagnósticas y terapéuticas.

Esta técnica puede realizarse en la sala de ecografía del servicio de Radiodiagnóstico o a pie de cama en pacientes en UVI, reanimación o aislados.

Conclusiones

El intervencionismo terapéutico guiado por ecografía es una técnica sencilla, con pocas contraindicaciones y complicaciones, en nuestra experiencia con buenos **resultados**, que evita gran cantidad de intervenciones quirúrgicas, y es posible su realización en cualquier servicio de radiodiagnóstico aunque no disponga de unidad de intervencionismo.

RES0031 FORMAS DE PRESENTACIÓN DE LOS TUMORES NEUROENDOCRINOS GASTROENTEROPANCREÁTICOS

Albert Maroto Genover¹, Margarita Osorio Fernández¹, Jordi Soriano Viladomiu¹, Rosa Ortiz Durán², Laia Valls Massot¹, Sergi Juanpere Martí¹

¹ Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta Radiodiagnóstico

² Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta Anatomía Patológica

Objetivo docente

Presentar las diferentes formas de presentación de los tumores neuroendocrinos gastroenteropancreáticos (TNE-GEP) en las pruebas de diagnóstico por la imagen.

Poner de relieve el papel de los radiólogos dentro del grupo multidisciplinario de especialistas que manejan este grupo de tumores.

Revisión del tema

Los TNE-GEP constituyen un grupo heterogéneo de tumores que abarca desde tumores funcionantes bien diferenciados hasta carcinomas no funcionantes pobremente diferenciados. Aun así comparten una serie de características comunes que permiten agruparlos tanto en términos de diagnóstico como de pronóstico y manejo terapéutico.

Se han revisado las historias clínicas de los TNE-GEP diagnosticados en nuestro hospital en los últimos doce años. Se ha seleccionado la forma de presentación radiológica de cada caso que incluyó las siguientes posibilidades: metástasis hepáticas hipervasculares e hipovasculares; nódulo pancreático hipervasculares, quístico o sólido (isodenso-hipodenso); pólipo gástrico, masa duodenal o periampular, tumor yeyunoileal; tumor apendicular; masa

colorectal y nódulo mesentérico o adenopatía retroperitoneal.

Se subrayan aquellos aspectos de las imágenes que permiten sugerir el diagnóstico de TNE-GEP y así proponer las herramientas diagnósticas adecuadas para este grupo de neoplasias (determinaciones analíticas como la Cromogranina, estudios de Medicina Nuclear como el Octreoscan).

Conclusiones

El conocimiento de las diferentes formas de presentación de los TNE-GEP por parte del radiólogo es esencial para poder sugerir esta posibilidad diagnóstica cuando detecta hallazgos radiológicos compatibles y así permitir una orientación correcta de este tipo de tumores que tienen un manejo diagnóstico y terapéutico específico.

RES0032 LO QUE EL RADÍOLOGO NECESITA SABER SOBRE LA ESTADIFICACIÓN LOCAL DEL CÁNCER RECTAL

Sonia Benítez Rivero, Javier Díaz Gutiérrez, Yasmín El Khatib Ghzal, Daniel Eiroa Gutiérrez, Amelia Muñoz Hernández, María Soledad Garrido Carrasco

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria Radiodiagnóstico

Objetivo docente

Describir las referencias anatómicas fundamentales de la pelvis en RM. Presentar los protocolos de RM más adecuados para la estadificación local del cáncer de recto. Revisar los distintos estadios de esta patología con imágenes de RM, enfatizando la importancia de realizar una estadificación correcta para determinar la resecabilidad del tumor y realizar el manejo terapéutico más adecuado.

Revisión del tema

El cáncer de recto es una patología con elevada incidencia en nuestro medio. La RM es la técnica de elección para la estadificación local, ya que permite evaluar los límites del tumor, determinando la extensión del mismo a la capa muscular y a la grasa mesorrectal y permitiendo estudiar la relación del tumor con la fascia mesorrectal, los cuales van a ser datos claves para determinar la resecabilidad del tumor. La RM permite también determinar el número de ganglios infiltrados, lo cual constituye un factor pronóstico independiente de la supervivencia del paciente. A pesar de que ninguna de las técnicas de imagen disponibles permite una detección preoperatoria precisa de la afectación ganglionar, en la actualidad la RM es la técnica considerada más eficaz para detectar los ganglios linfáticos dentro del mesorrecto. En el informe radiológico estructurado debe incluirse la localización, tamaño, morfología y extensión extramural del tumor, estadificación TNM, la presencia o ausencia de invasión vascular extramural, afectación o no de la reflexión peritoneal anterior y localización del tumor respecto a la misma así como la afectación de estructuras y órganos regionales, lesiones satélites y la presencia de lesiones sugestivas de metástasis.

Conclusiones

El cáncer de recto es una patología con alta incidencia en la que el radiólogo juega un papel fundamental en la determinación tanto de la extensión del tumor primario como de la diseminación ganglionar y a distancia, datos que resultarán críticos para la planificación quirúrgica y la necesidad de tratamiento neoadyuvante.

RES0033 LESIONES QUÍSTICAS FRECUENTES DEL TRACTO GENITOURINARIO INFERIOR FEMENINO

Sonia Benítez Rivero, Daniel Eiroa Gutiérrez, Yasmín El Khatib Ghzal, Violeta Pantoja Ortiz, María Soledad Garrido Carrasco, Amelia Muñoz Hernández

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria Radiodiagnóstico

Objetivo docente

Descripción de las características de imagen típicas de las lesiones quísticas más comunes en el aparato genitourinario inferior femenino, centrándonos particularmente en los hallazgos característicos de esta patología en resonancia magnética (RM), así como en la evaluación de sus principales complicaciones y sus diagnósticos diferenciales.

Revisión del tema

La patología quística del aparato genitourinario inferior femenino incluye un grupo variado de lesiones localizadas en la región perineal y el suelo pélvico femenino. Dentro de estas lesiones se incluyen los quistes de la glándula de Skene, los quistes de la glándula de Bartholino, los quistes del conducto de Gartner y los divertículos uretrales, entre otras patologías. Mientras que algunas de estas lesiones, tales como los quistes de la glándula de Skene, suelen ser asintomáticas y no requerir tratamiento, otras como el divertículo uretral pueden complicarse con degeneración maligna y deben ser evaluadas cuidadosamente con imágenes contrastadas. El conocimiento de la localización y las características por imagen de cada una de estas lesiones, así como de las complicaciones a las que pueden verse asociadas, conducirá hacia un diagnóstico correcto y permitirá orientar hacia el manejo más adecuado y el seguimiento de esta patología. Las imágenes de RM, particularmente las secuencias potenciadas en T2 con saturación grasa, son las técnicas de imagen de elección para la evaluación del suelo pélvico femenino y para el diagnóstico de esas lesiones.

Conclusiones

La patología quística del aparato genitourinario inferior femenino incluye un grupo variado de lesiones que requerirán diferentes tipos de intervenciones y que se asocian a diversos tipos de complicaciones. El conocimiento de su localización y sus hallazgos radiológicos característicos, fundamentalmente centrados en RM, es importante para permitir un diagnóstico definitivo.

RES0034 MALFORMACIONES ANORRECTALES. ¿QUÉ TIENE QUE CONOCER EL RADIÓLOGO?

Alejandro García Muñoz, José Lope Garrido Rull, Andrés Francisco García Gámez, Ildefonso Muñoz Alcántara, Ana María Navarro Casanova, Daniel Herrera Carrión

Hospital Universitario Puerta del Mar

Objetivo docente

Las malformaciones anorrectales son un complejo grupo de anomalías congénitas, que interesan al recto y al ano distal, así como al tracto genito-urinario en un alto porcentaje de los casos. Nuestro objetivo es exponer de la forma más didáctica posible, el algoritmo radiológico fundamental para el diagnóstico y seguimiento de dicha patología, así como los hallazgos fundamentales en cada una de las diferentes técnicas de imagen, a partir de casos de nuestro centro.

Revisión del tema

Las malformaciones anorrectales se clasifican según la posición del saco rectal, la musculatura puborrectal y la presencia o no de fístulas. Las pruebas de imagen permitirán su clasificación, identificación y la determinación de la severidad de las anomalías asociadas. Entre los diferentes métodos diagnósticos que desarrollaremos se encuentran la radiografía simple, la ecografía espinal, abdominal y transperineal, la cistouretrografía, la colostografía distal a alta presión y la RM.

Conclusiones

Las MARs son un complejo grupo de anomalías, resultado de un desarrollo anormal del septo uorrectal durante el periodo prenatal.

Las pruebas de imagen van a desempeñar un papel fundamental en la evaluación de esta patología y ayudarán a seleccionar el tratamiento más adecuado en cada caso.

RES0035 HALLAZGOS POR IMAGEN DE LA BILIOPATÍA PORTAL

Rubén Molina Fàbrega¹, Cristina La Parra Casado², Yolanda Pallardó Callatayud¹

¹ *Hospital de Manises Radiodiagnóstico*

² *Hospital de la Ribera Radiodiagnóstico*

Objetivo docente

Mostrar el conjunto de hallazgos más representativos por imagen, en múltiples técnicas diagnósticas (ecografía, TC, RM y CPRE) de la biliopatía portal, una entidad frecuentemente infradiagnóstica pero con hallazgos de imagen típicos.

Revisión del tema

La biliopatía portal es una entidad poco frecuente caracterizada por una serie de hallazgos variables que afectan a la vía biliar principalmente extrahepática, desde compresión extrínseca a

estenosis franca, secundarios al desarrollo de circulación venosa colateral por la presencia de trombosis crónica de porta extrahepática por diferentes causas. El espectro de presentación clínica es variable, desde hallazgos incidentales en pacientes asintomáticos, hasta estenosis francas de vía biliar que simulan colangiocarcinoma, e incluso cirrosis biliar secundaria por el éstasis biliar crónico. Las diferentes técnicas de imagen permiten un diagnóstico no invasivo, demostrando la afectación biliar y así como la circulación venosa colateral peribiliar y vesicular y la trombosis portal. Entre ellas, la RM con secuencias colangiográficas es considerada la mejor técnica para su diagnóstico. La CPRE se suele reservar a casos de estenosis que generan dudas sobre su benignidad y como técnica para el tratamiento en la minoría de pacientes que sean sintomáticos.

Conclusiones

El reconocimiento en las diferentes técnicas de imagen de los hallazgos típicos de la biliopatía portal permite su adecuado diagnóstico y diferenciación con otras entidades potencialmente graves que ocasionan estenosis biliar como el colangiocarcinoma, permitiendo así evitar procedimientos diagnósticos invasivos como biopsias biliares.

RES0036 DIAGNÓSTICO POR IMAGEN DE LA PATOLOGÍA BILIOVASCULAR

Rubén Molina Fàbrega¹, Cristina La Parra Casado², David Uceda Navarro¹

¹ Hospital de Manises Radiodiagnóstico

² Hospital de la Ribera Radiodiagnóstico

Objetivo docente

Mostrar los hallazgos de imagen de complicaciones de tipo vascular relacionadas con procesos biliares de diferentes orígenes. Resaltar la importancia del diagnóstico precoz de las mismas por su potencial gravedad.

Revisión del tema

La patología biliar de origen vascular es poco frecuente en el ámbito de la radiología abdominal. Habitualmente está asociada a la presencia de fenómenos infeccioso-inflamatorios agudos o bien tras la realización de procesos de manipulación biliar como drenajes o cirugía previa de la vía que incluye desde la colecistectomía hasta el trasplante hepático. En algunos casos, no obstante, no existirán estos antecedentes, aunque si trastornos de base de la coagulación que favorecerán la complicación vascular, especialmente la hemorragia. Se muestran hallazgos en las diferentes técnicas de imagen de múltiples casos de complicaciones vasculares (desde trombosis a hemorragia e isquemia) de diferentes procesos biliares incluyendo pseudoaneurismas, trombosis venosas, necrosis isquémica de vía biliar, colecistitis hemorrágicas, hemobilia y compresiones vasculares de la vía biliar (extrínsecas y biliopatía portal).

Conclusiones

Las complicaciones vasculares de procesos e intervenciones biliares son poco frecuentes, pero alguna de ellas potencialmente graves, pudiendo causar incluso la muerte del paciente. Un adecuado diagnóstico precoz garantiza la instauración rápida de un tratamiento adecuado disminuyendo la morbimortalidad asociada a estos procesos.

RES0037 ALTERACIONES TRANSITORIAS HEPÁTICAS DE LA PERFUSIÓN EN CT Y RM: REVISIÓN DE FISIOPATOLOGÍA Y HALLAZGOS EN IMAGEN

Isabel Salmerón Béliz

Hospital Universitario Infanta Sofía-UCR Radiología

Objetivo docente

Revisar y describir las diferentes formas de presentación y causas subyacentes de las alteraciones transitorias hepáticas de la atenuación en CT o diferencias de intensidad de señal en RM que podemos identificar en la práctica diaria

Revisión del tema

Las alteraciones transitorias hepáticas de la atenuación (en estudios de CT) o de intensidad de señal (en estudios de RM) engloban un conjunto de hallazgos visibles en la fase arterial de las exploraciones dinámicas con contraste intravenoso que presentan una densidad o señal normales en fase portal.

Traducen un desequilibrio entre el flujo arterial, portal y ocasionalmente un tercer aporte vascular.

Se dividen en dos grandes grupos en base a su asociación o no a una lesión focal hepática.

Su tamaño y morfología es muy variable y depende de la causa subyacente.

Las posibles causas de disminución del flujo portal incluyen la trombosis portal, la compresión por lesiones intra o extrahepáticas o la elevación de la presión sinusoidal (en colangitis u obstrucción biliar). Un aumento del flujo arterial puede estar en relación con un shunt arterioportal, una masa hipervascular o una fístula arteriovenosa.

Las alteraciones transitorias hepáticas de perfusión son una causa relativamente frecuente de pseudolesiones hepáticas pero su presencia obliga a buscar con detenimiento una etiología real subyacente como una lesión focal o un trombo portal entre otros.

Conclusiones

Las alteraciones transitorias hepáticas de la atenuación o de intensidad de señal son un hallazgo relativamente frecuente en estudios de TC y RM y familiarizarse con su apariencia y origen permite evitar posibles errores diagnósticos.

RES0038 NUESTRA EXPERIENCIA EN LA APLICACIÓN DEL SISTEMA PI RADS V2.

Alejandro García Muñoz¹, María José Calvo López¹, José Lope Garrido Rull², Andrés Francisco García Gámez², Ana María Navarro Casanova², Daniel Herrera Carrión²

¹ Hospital Universitario Puerta del Mar Radiología Abdomen

² Hospital Universitario Puerta del Mar

Objetivo docente

Es un sistema de datos e informe en imagen prostática, que nace de la necesidad de elaborar informes con uniformidad, de tal manera, que los diferentes profesionales que manejen a los pacientes con cáncer de próstata, hablemos un mismo idioma.

Revisión del tema

En esta última versión se encuentra estructurada en cinco secciones:

- I: Consideraciones clínicas y especificaciones técnicas
- II: Anatomía normal y hallazgos benignos
- III: Elaboración del informe
- IV: RM
- V: Estadificación

Desarrollaremos cada uno de los cinco apartados presentados, aportando casos de nuestro centro, de forma didáctica y tratando de simplificar lo máximo posible, para llegar a conocer el valor de cada secuencia según la región anatómica glandular que nos encontremos, para poder establecer la estadificación final PI RADS.

Conclusiones

Una vez conocido el documento PI RADS v2, no nos resultará difícil aplicar a la valoración de la RM prostática y aportará una información muy valiosa, que sin duda aportará grandes beneficios a los pacientes con cáncer de próstata.

RES0039 PERFORACIÓN INTESTINAL POR INGESTA DE CUERPO EXTRAÑO: HALLAZGOS ASOCIADOS EN TC

Pablo Santos Velasco, Ana Belén Gil Guerra, Jorge Galván Fernández, María Antonia Udaondo Cascante, Teresa Álvarez de Eulate García, Rebeca Sigüenza González

Hospital Clínico Universitario de Valladolid Radiología

Objetivo docente

El TC abdominal supone en la mayoría de casos la exploración más eficiente para diagnosticar y valorar el grado de afectación y complicaciones intestinales por ingesta de cuerpo extraño. Nuestro objetivo es revisar los hallazgos fundamentales en el TC para identificarlo a la par que descartar las principales complicaciones.

Revisión del tema

La perforación intestinal por ingesta de cuerpo extraño es una

patología no muy frecuente a pesar de lo común que puede ser la ingesta de cuerpo extraño (como espinas o huesos). Además, la clínica de esta afectación en muchas ocasiones es inespecífica y su comienzo como abdomen agudo o abdominalgia difusa, y la dificultad de detectarla mediante la anamnesis, dificultan la orientación. Así mismo, en ocasiones se produce por elementos de pequeño tamaño o radiolucentes que pueden pasar desapercibidos en la exploración radiológica. Es por ello que hay que estar atentos a los signos radiológicos asociados descritos en la literatura como la presencia de signos inflamatorios en la grasa locoregional cercana a un asa intestinal en la que puede haber un cuerpo extraño, engrosamiento parietal intestinal y presencia de burbujas aéreas intraperitoneales. Presentamos una serie de casos de nuestro hospital de abdominalgia por este motivo.

Conclusiones

La perforación intestinal por cuerpo extraño punzante puede ocurrir en cualquier tramo del tubo digestivo, aunque suelen alojarse en sitios de estrechamiento o de angulaciones (bucle duodenal, unión duodenoyeyunal, apéndice, etc.). Hay que sospecharla en niños y en pacientes discapacitados o tras comida propicia a ello. Los objetos que suelen causar perforación más frecuentemente no lo hacen de forma aguda normalmente, sino que afectan a la pared parcialmente y los signos radiológicos no son muy floridos, por lo que hay que unir todos estos datos para alcanzar el diagnóstico.

RES0040 CARACTERÍSTICAS DE IMAGEN DEL COLANGIOPARCINOMA INTRAHEPÁTICO CON ÁCIDO GADOXÉTICO (GD-EOB-DTPA)

Irene Gutiérrez Pérez, Cecilia Quispe León, Sana Shehadeh Mahmalat, María del Mar Pérez-Peña del Llano, Cristina González Huerta, Hugo Bernardo Fernández

Hospital Álvarez Buylla de Mieres(Asturias) Radiología

Objetivo docente

- Describir las características de imagen del colangiocarcinoma intrahepático con ácido gadoxético (Gd-EOB-DTPA)
- Comparar con las características de imagen del colangiocarcinoma estudiado con contraste intravascular extracelular no hepatoespecífico

Revisión del tema

El ácido gadoxético es un contraste mixto que tras la administración intravenosa se distribuye primero en el espacio extracelular y después es captado por los hepatocitos. Tiene una excreción renal(50%) y biliar(50%)

Al igual que con los contrastes no hepatoespecíficos, la mayoría de los colangiocarcinomas muestran en el estudio dinámico un realce en anillo en fase arterial con relleno de contraste progresivo y concéntrico en las fases tardías; pero a diferencia de los contraste no hepatoespecíficos, con el ácido gadoxético, en las fases

tardías y hepatocelular, debido a la captación progresiva por el hepatocito y al contraste retenido en el espacio extracelular, la intensidad de señal en la lesión es menor que en el parénquima adyacente (pseudolavado)

En la fase hepatocelular del ácido gadoxético, es frecuente observar un anillo hipotenso periférico más marcado que en los contrastes no hepatoespecíficos, a causa del mayor realce del parénquima en esta fase, lo que permite una mejor delimitación de la lesión. Por otra parte, en esta fase no es infrecuente observar un menor realce del parénquima adyacente a la lesión, que puede ser explicado por la colestasis causada por la compresión del tumor, por lo que el uso de ácido gadoxético puede ser útil también en la valoración de colestasis óclusión de ramas biliares

Conclusiones

- En colangiocarcinomas intrahepáticos el uso del ácido gadoxético (Gd-EOB-DTPA) permite una mejor delimitación del tumor
- La fase hepatobiliar permite además valorar la función hepática y biliar

RES0041 RM DE LAS FÍSTULAS PERIANALES: DESCRIPCIÓN DE LOS HALLAZGOS Y SU IMPLICACIÓN EN EL MANEJO DEL PACIENTE

Irene Gutiérrez Pérez, María del Mar Pérez-Peña del Llano, Cristina González Huerta, Cecilia Quispe León, Hugo Bernardo Fernández, Sana Shehadeh Mahmalat

Hospital Álvarez Buylla de Mieres Radiología

Objetivo docente

- Revisar la anatomía anorrectal
- Conocer la semiología en RM de las fístulas perianales y los datos a referir en el informe de la resonancia
- Utilidad de la RM en la clasificación, valoración de complicaciones y de la actividad de la fístula y su repercusión en el manejo del paciente
- Conocer las opciones de tratamiento médico y quirúrgico de las fístulas

Revisión del tema

El canal anal está rodeado por dos capas musculares, el esfínter interno y externo, ambos separados por el espacio interesfínteriano; este espacio forma un plano de baja resistencia en el que las fístulas y el pus pueden extenderse fácilmente. El esfínter interno es una continuación del músculo liso del recto y el esfínter externo se conecta funcionalmente, vía el puborrectal, con el elevador del ano. Los tractos fistulosos activos son hiperintensos en T2, (mientras que los esfínteres son hipointensos) muestran realce en T1 con supresión grasa y restringen en difusión.

En el informe se ha de describir la localización del orificio interno, el trayecto, la existencia ó no de tractos secundarios y abscesos. Hay dos clasificaciones principales, la de Parks, quirúrgica, y la

del Hospital de St Jame's, que añade la identificación de tractos secundarios y abscesos. El manejo de la fístula depende de si es debido a enfermedad criptoglandular ó a enfermedad de Crohn, a la complejidad y localización (alta ó baja) y si representa un proceso recurrente. El tratamiento puede ser médico (antibióticos, inmunomoduladores, ...), quirúrgico ó una combinación de ambos. Entre las opciones quirúrgicas están la fistulotomía, fistulectomía, colocación de setones ó la proctectomía.

Conclusiones

La resonancia permite una adecuada valoración del canal anal y complejo esfínteriano, demuestra la extensión y actividad de la enfermedad perianal, la existencia de posibles complicaciones y ayuda en la toma de decisiones terapéuticas

RES0043 DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO DEL MUCOCELE APENDICULAR

Silvia Llaverías Borrell, Vicente Querol Borrás, Ana María Gallart Ortuño, Elisenda Grivé, Ana María García Correa, Angel A. Marín Suárez

Hospital Universitari Sagrat Cor. HD. Diagnòstic per la Imatge

Objetivo docente

1. Describir los hallazgos radiológicos en Ecografía, Tomografía computarizada (TC) y Resonancia Magnética (RM) para el diagnóstico del Mucocele apendicular.
2. Ilustrarlo con imágenes de nuestros casos (serie de 8).
3. Clarificar la nomenclatura actual.
4. Revisar el manejo terapéutico actual.

Revisión del tema

El Mucocele Apendicular (MA) es una entidad muy poco frecuente, cuyo manejo terapéutico aún no está bien estandarizado y la nomenclatura patológica sigue siendo confusa. El término "Mucocele" es descriptivo y hace referencia a un apéndice cecal que se presenta con una luz muy dilatada y con contenido de moco acumulado en su interior. Histológicamente puede ser causado por diversos procesos, tanto neoplásicos como no neoplásicos, y aunque la etiología más frecuente con diferencia es la neoplasia mucinosa apendicular (NMA), estos dos términos, MA y NMA no son intercambiables. La forma clínica más común de presentación es dolor en fosa iliaca derecha, simulando un cuadro de apendicitis aguda (45%). Es importante un correcto diagnóstico preoperatorio que permita planificar adecuadamente la cirugía y evitar la complicación más temida, que es la perforación accidental del mucocele y su diseminación peritoneal desarrollando un Pseudomixoma Peritoneal (PMP).

Conclusiones

- El Mucocele apendicular debe incluirse en el diagnóstico diferencial de toda lesión quística hallada en la fosa iliaca derecha.

- El diagnóstico previo es esencial para planificar adecuadamente la cirugía.
- La complicación más temida es la rotura, espontánea o accidental, y el desarrollo posterior de un Pseudomixoma Peritoneal.
- La TC es una buena técnica diagnóstica, aunque difícilmente puede diferenciar benignidad de malignidad.

RES0044 UTILIDAD DE LA COLONOGRAFÍA POR TC EN LA ACTUALIDAD

Laura Díaz Rubia¹, Francisco Javier García Verdejo², Laura Guirado Isla¹

¹ Hospital Universitario San Cecilio Radiodiagnóstico

² Hospital Santa Ana Digestivo

Objetivo docente

Describir la utilidad de la colonografía por TC a la hora de diagnosticar lesiones endoluminales del colon, resumir su técnica y los principales hallazgos así como discutir sus indicaciones en la actualidad.

Revisión del tema

La colonografía por TC o cono-TC es una exploración con la que visualizamos el intestino grueso buscando lesiones, principalmente pólipos y cáncer.

Para su realización es preciso una TC multidetector (TCMD) y un software para el post-procesado de imágenes.

Previamente, es necesario una preparación y distensión colónica adecuadas; la preparación es a base de una dieta pobre en residuos los días previos para limpiar el colon y varias dosis de gastrografín que teñirán los restos fecales y evitarán que se confundan con lesiones verdaderas. La distensión del colon se realiza con insuflaciones de aire o CO₂ a través de una sonda rectal flexible justo antes de iniciar la exploración.

A continuación se adquieren dos series de imágenes, en decúbito supino y prono y se post-procesan con un software específico obteniendo reconstrucciones tanto multiplanares (MPR) en 2D como en 3D que permitirán viajar por el interior del colon simulando la vista que tiene un endoscopista.

Con la colonografía por TC se visualizan pólipos de tamaño significativo o adenomas avanzados (≥ 1 cm) y los pólipos de tamaño intermedio (de 6-9mm) así como masas tumorales; los hallazgos se clasifican según los criterios C-RADS.

Las indicaciones de la ColonoTC en la actualidad son: colonoscopia incompleta o contraindicación de la misma, estudio de pacientes de edad avanzada con sintomatología digestiva y caracterización de lesiones vistas en colonoscopia óptica. Aún no existe unanimidad para utilizarla en cribado de cáncer de colon.

Conclusiones

La ColonoTC es una exploración cada vez más solicitada para el estudio de lesiones endoluminales en colon ya que aporta gran información de gran ayuda para el gastroenterólogo, sin ser una prueba invasiva.

RES0046 HERNIAS ABDOMINALES INCIDENTALES: EL PAPEL FUNDAMENTAL DEL TAC ABDOMINAL

María Nieves Iglesia Chaves, Antonio Ruiz Guerrero, Marta Gallego Riol, Sara Lojo Lendoiro

Hospital de Mérida Radiodiagnóstico

Objetivo docente

El objetivo de esta revisión es destacar la importancia de la TC en la valoración de las hernias y eventraciones abdominales, así como para el diagnóstico de las que son poco floridas desde el punto de vista clínico.

Revisión del tema

Las hernias son la patología más frecuente de la pared abdominal. La TC es una excelente prueba de imagen para valorar la presencia de hernias abdominales, sobre todo las que se producen por alteraciones de la pared. Desde el punto de vista clínico, pueden cursar con dolor intermitente y/o obstrucción del nivel afectado. No obstante, existen otros tipos de hernias que, debido a la clínica poco usual o silente, requieren para su diagnóstico la información anatómica que da el TC, siendo esta fundamental y útil también para decidir su manejo terapéutico.

También es interesante el uso de la TC para llegar al diagnóstico de las eventraciones, que consisten en protusiones adquiridas del contenido abdominal a través de una zona débil, en la mayoría de los casos como consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tras traumatismos.

En esta revisión, os presentamos distintos casos con hernias y eventraciones poco usuales en la práctica diaria. La mayoría no fueron sospechadas al valorar al paciente clínicamente y con la exploración física, y se solicitó el TC para intentar esclarecer la causa de la clínica del paciente. En estos casos, el diagnóstico fue sorprendente tanto para el clínico como para el radiólogo, pero permitió tratar la causa de la manera más precoz posible.

Conclusiones

La TC juega un papel esencial a la hora de valorar hernias abdominales, sobre todo aquellas de localización anatómica infrecuente, que no eran posible sospecharlas en la exploración física del paciente.

RES0050 POLIQUISTOSIS RENAL AUTOSÓMICA DOMINANTE: CÓMO REALIZAR SU DIAGNÓSTICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL POR IMAGEN.

José Antonio Miras Ventura, Laura Díaz Rubia, Irene Garrido Márquez, Laura Guirado Isla

Hospital Universitario San Cecilio Radiodiagnóstico

Objetivo docente

Este trabajo pretende ser una revisión acerca de las características fundamentales de la poliquistosis renal autosómica dominante, poniendo el énfasis en los aspectos más relevantes para el radiólogo, especialmente en lo que se refiere a su diagnóstico ecográfico.

Asimismo, se abordará cuándo puede resultar útil la TC y la RM en el estudio de esta patología y qué entidades hay que tener en cuenta principalmente en su diagnóstico diferencial.

Revisión del tema

La poliquistosis renal autosómica dominante es una patología hereditaria multiorgánica que afecta principalmente a los riñones. Es la enfermedad renal hereditaria más frecuente (1 cada 800 personas) y supone un importante porcentaje de los casos de enfermedad renal terminal. En general, pasa desapercibida clínicamente hasta la 4ª o 5ª década de la vida, a medida que los riñones son sustituidos progresivamente por multitud de quistes hasta desembocar en insuficiencia renal.

La ecografía es el método diagnóstico de elección y se utiliza a menudo para valorar a los familiares de los pacientes afectados. El diagnóstico ecográfico de la enfermedad puede establecerse con facilidad atendiendo al cumplimiento de unos sencillos criterios, además de servir para establecer la presencia de complicaciones de los quistes, como puede ser la hemorragia. La ecografía también sirve para realizar el diagnóstico diferencial de la poliquistosis con otras enfermedades formadoras de quistes renales, principalmente con la poliquistosis renal autosómica recesiva o la enfermedad quística adquirida.

Conclusiones

La poliquistosis renal autosómica dominante es una patología frecuente y con un importante impacto social. Dado que la ecografía es su método de diagnóstico y control de elección, el radiólogo debe conocer los aspectos básicos de esta patología y sus complicaciones pues tarde o temprano, tendrá que enfrentarse a ella en la práctica diaria.

RES0052 DIVERTICULITIS AGUDA: DEL MANEJO QUIRÚRGICO AL MANEJO CONSERVADOR PASADO POR EL DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO

Marta Solà García, Beatriz Consola Maroto, Francesc Novell Teixidó, Carlos Serrano Burgos, Carlota Cano Rodríguez, M^aJosé Prieto Rey

Hospital Parc Taulí Radiodiagnóstico

Objetivo docente

Revisión de las generalidades sobre la diverticulosis y su complicación más frecuente: la diverticulitis aguda, analizando los métodos diagnósticos (clínico-radiológico, técnicas de imagen, hallazgos radiológicos, diferentes localizaciones y diagnóstico diferencial) y su clasificación para entender el cambio de tendencia que se está dando en el manejo de esta patología urgente tan frecuente.

Revisión del tema

La diverticulosis tiene una prevalencia muy elevada en la población general y su complicación más frecuente es la diverticulitis. La TC tiene una sensibilidad y especificidad elevadas para el diagnóstico de la DA, ya que permite evaluar el grado de inflamación, hacer el diagnóstico diferencial, predecir el fallo del tratamiento conservador y riesgo de complicaciones y guiar el drenaje de colecciones.

Clínicamente, la DA se clasifica en no complicada o complicada. La clasificación de Neff se basa principalmente en hallazgos radiológicos por TC y existe una versión modificada que añade un subestadije.

Basados en esta clasificación, existen protocolos de tratamiento domiciliario de la DA para los estadios 0 y Ia.

El gran debate actual en el manejo de la DA es el tratamiento de la diverticulitis complicada.

Conclusiones

- La TC es la técnica de imagen principal ante la sospecha de diverticulitis aguda.
- El diagnóstico diferencial es poco extenso, pero puede resultar difícil de diferenciar del cáncer de colon.
- La clasificación de la DA del colon basada en los hallazgos radiológicos (Neff modificada) resulta muy útil para el manejo terapéutico posterior.
- La DA no complicada (estadios 0 y Ia) pueden tratarse de forma ambulatoria con una elevada tasa de éxito.
- El tratamiento de la diverticulitis complicada (estadios Ib, II y III) consiste en un manejo conservador (antibióterapia +/- drenaje percutáneo si es posible).
- En la DA perforada (estadio IV), actualmente se opta por un manejo conservador -evitando la cirugía urgente- si el paciente está estable hemodinámicamente y no presenta peritonismo.

RES0053 APLICACIONES DEL TC EN EL DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIVERTICULITIS AGUDA

Isabel Alonso Diego, Sara Higuero Hernando, Juan Chaviano Grajera, Manuel Ángel Martín Pérez, Sonia Francisca Pozo González, José Martín Marín Balbín

Hospital Virgen de la Concha Radiodiagnóstico

Objetivo docente

Conocer las aplicaciones de la Tomografía Computarizada (TC) y de la clasificación de Hinchey en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la diverticulitis aguda.

Revisión del tema

La diverticulosis está presente en hasta un 70% de pacientes mayores de 80 años, sobre todo a nivel del colon sigmoide y su prevalencia está en aumento debido al estilo de vida. La inflamación de estos divertículos, diverticulitis aguda, es una patología muy frecuente en los servicios de urgencias, por lo que todo radiólogo debe estar familiarizado con esta patología. Suele presentarse en pacientes de edad avanzada pero en los últimos años ha aumentado su incidencia en pacientes menores de 50 años. El diagnóstico clínico es poco preciso ya que la triada clásica sólo se encuentra en un 25% de los casos de ahí la importancia del diagnóstico por imagen (ecografía o TC). La ecografía suele ser la primera prueba a realizar pero la TC es más precisa y tiene más alta sensibilidad y especificidad que la ecografía para el diagnóstico y la detección de complicaciones. La TC confirma el diagnóstico y nos ayuda a realizar un estadiaje en los pacientes con diverticulitis aguda importante para la toma de decisiones terapéuticas. La clasificación de Hinchey categoriza en cinco estadios las formas complicadas de diverticulitis aguda con implicación en el tratamiento y en el pronóstico del paciente.

Conclusiones

Dada la elevada prevalencia de la diverticulitis aguda y las potenciales complicaciones asociadas es importante el conocimiento de la misma y la utilidad de clasificaciones como la de Hinchey para optimizar el diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

RES0054 IMPORTANCIA DE LOS ESTUDIOS DE IMAGEN EN EL DIAGNÓSTICO DE LA PATOLOGÍA DE LA VESÍCULA BILIAR EN LA EDAD PEDIÁTRICA.

Xiomara Plasencia Cruz, Melanie Moana Sánchez, Juan Antonio Hernández Ponce, María Teresa Rodrigo Bello, Sergio Juan Pitti Reyes

¹ *Hospital Universitario de Canarias Servicio de Radiodiagnóstico*

Objetivo docente

Demostrar la importancia de las técnicas de imagen en el estudio de la vesícula biliar en la edad pediátrica.

Revisión del tema

La patología de la vesícula biliar en la edad pediátrica es menos frecuente que en la edad adulta. Su incidencia está aumentando y las pruebas de imagen tienen un papel clave en su diagnóstico. En la edad pediátrica existen múltiples etiologías y el diagnóstico por medio de las técnicas radiológicas juega un papel fundamental debido a la trascendencia terapéutica de algunas de ellas:

- Alteraciones congénitas.
- Alteraciones derivadas del contenido vesicular.
- Alteraciones murales.
- Patología neoforativa.
- Atresia de las vías biliares.

Conclusiones

Las técnicas de imagen juegan un papel clave en el diagnóstico de la patología de la vesícula biliar en la edad pediátrica, la cual a pesar de su baja frecuencia tiene una etiología muy variada y su tratamiento puede ser en ocasiones trascendental.

RES0055 ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA: CLAVES EN SU DIAGNÓSTICO, SEGÚN ETIOLOGÍA Y EVOLUCIÓN

Ana Belén Gil Guerra, Laura Casadiego Matarranz, María Esther Gómez San Martín, María Isabel Jiménez Cuenca, Pablo Santos Velasco, Rebeca Sigüenza González

Hospital Clínico Universitario de Valladolid Radiodiagnóstico

Objetivo docente

Análisis del papel de la angiografía computarizada (angioTC) en el diagnóstico de isquemia mesentérica aguda (IMA) y revisión de sus hallazgos.

Revisión del tema

La IMA es una urgencia con alta mortalidad en la que un diagnóstico precoz mejorará el pronóstico.

En función del tiempo de evolución se distinguen tres estadios: el primero, reversible, con afectación limitada a la mucosa; en el segundo la afectación se extiende a la capa muscular y la secuela es una estenosis fibrótica; y en el último la isquemia es irreversible con necrosis transmural.

La causa puede ser oclusiva o no oclusiva, dentro de las causas oclusivas la arterial es más frecuente que la venosa y puede ser de origen embólico o trombótico. La embolia de la arteria mesentérica superior es la causa más frecuente, y la trombosis la de peor pronóstico.

La angioTC es la prueba diagnóstica de elección, con una sensibilidad del 90%. Los hallazgos nos permiten valorar la causa de la isquemia (arterial, venosa o no oclusiva), la gravedad según la capa intestinal afectada (mucosa o transmural), su extensión y también posibles complicaciones.

En la isquemia arterial es típico un adelgazamiento de la pared intestinal, con disminución o ausencia de su realce, que con-

trasta con el engrosamiento mural de la isquemia venooclusiva, en la que también veremos estriación de la grasa mesentérica, congestión venosa y ascitis por aumento de la presión venosa. La neumatosi intestinal es un signo tardío que indica necrosis transmural y a veces se acompaña de paso de aire al sistema venoso portomesentérico.

Conclusiones

La angioTC constituye una herramienta fundamental en el diagnóstico precoz de la isquemia mesentérica, permitiendo valorar su causa y gravedad. No obstante los hallazgos son superponibles a enfermedades no isquémicas, por lo que siempre ha de haber una adecuada correlación clínica y analítica.

RES0056 LEIOMIOMAS. DE LA CABEZA A LOS PIES

Ana Isabel Barrio Alonso, Rafael Menéndez de Llano Ortega, Alicia Mesa Álvarez, Pedro González Filgueira, Bonel Argüelles García, Alejandro Cernuda García

Hospital Universitario Central de Asturias Radiodiagnóstico

Objetivo docente

- Caracterización de los leiomiomas típicos en RM.
- Descripción de las características radiológicas en RM de los leiomiomas atípicos.
- Descripción de las localizaciones no frecuentes de los leiomiomas.

Revisión del tema

Los leiomiomas son los tumores pélvicos más frecuentes en la mujer, presentándose hasta en el 20% de las mujeres en edad fértil. Histológicamente son tumores benignos compuestos por proliferación de fibras musculares lisas, con escasa atipia celular y bajo número de mitosis. Según su localización los miomas se pueden clasificar en: intramurales, submucosos y subserosos. Al crecer puede verse comprometido su aporte sanguíneo, produciéndose distintos tipos de degeneración (hialina, quística, mixoide, roja y grasa). También pueden presentar hemorragia, necrosis y calcificación.

Habitualmente se localizan en el útero siendo inusual encontrarlos en otras localizaciones del tracto genitourinario como la vulva, vagina, paratubáricos, ovárica, vejiga y uretra. Pueden presentarse de forma diseminada como leiomatosis peritoneal y leiomiomatosis intravenosa.

El diagnóstico diferencial incluye la adenomiomatosis, masas sólidas anexiales, contracción focal miometrial y leiomiomas uterino. En una localización atípica puede ser confundido con otros tumores.

La RM se considera la técnica de imagen de elección para la caracterización y localización de los leiomiomas debida a la alta calidad de la imagen y alta resolución de contraste.

Revisamos los casos de pacientes de nuestro hospital diagnosticados por RM de leiomiomas uterinos y extrauterinos desde el 2000 hasta la actualidad.

Conclusiones

- La RM es la técnica de elección para la caracterización y localización de los leiomiomas de localización típica y atípica.
- Los leiomiomas pueden sufrir cambios histopatológicos que se traducen cambios en la presentación típica en RM.
- Los leiomiomas de localización atípica son muy infrecuentes y pueden ser confundidos con otros tumores abdominales.

RES0057 COLITIS: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL A PARTIR DE LOS HALLAZGOS EN TCMD

Ana Belén Gil Guerra¹, Elena Núñez Miguel², Alicia Matilla Muñoz², María Isabel Jiménez Cuenca², Mohamed Brahim Salek², Teresa Álvarez de Eulate García²

¹ Radiodiagnóstico Valladolid

² Hospital Clínico Universitario de Valladolid Radiodiagnóstico

Objetivo docente

Revisión de los hallazgos mediante TCMD que nos permiten diferenciar las principales formas de enterocolitis aguda.

Revisión del tema

La colitis aguda es una consulta común en Urgencias y muchos de los pacientes se someterán a una TC; por ello realizamos, a partir de una serie de casos de nuestro hospital, una revisión de los hallazgos que nos ayudarán a realizar una aproximación diagnóstica, haciendo especial énfasis en los patrones de distribución y hallazgos extraintestinales.

Dividimos el amplio diagnóstico diferencial de la colitis en tres grandes grupos etiológicos: infeccioso, inflamatorio e isquémico.

1. Colitis infecciosa: la localización de la afectación varía en función del agente causal. Así, las parasitiasis es más frecuente que afecten al intestino delgado proximal mientras que las bacterias afectan a su porción distal. El engrosamiento del ileon distal y ciego son típicos de la tiflitis, la tuberculosis o la amebiasis. La pancolitis es habitualmente causada por *Clostridium difficile*, Citomegalovirus o *E. coli*. Además, determinados microorganismos son más frecuentes en pacientes inmunocomprometidos: Citomegalovirus y *Cryptospora*.
2. La colitis inflamatoria puede ser primaria (enfermedad inflamatoria intestinal, vasculitis) o secundaria (a quimioterapia, radioterapia, o IECA). La colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn difieren en distribución y manifestaciones radiológicas: en la enfermedad de Crohn el engrosamiento mural es mayor que en la colitis ulcerosa, de forma excéntrica y segmentaria, además la afectación transmural da lugar a abscesos y fístulas.
3. Colitis isquémica: sus hallazgos varían según la etiología (no oclusiva, oclusiva arterial o venosa) y el tiempo de evolución. Por ejemplo, la isquemia arterial se caracteriza por una pared fina con disminución de su realce, que contrasta con la pared gruesa con edema submucoso de la isquemia venosa.

Conclusiones

Ante un hallazgo radiológico inespecífico como es el engrosamiento mural, su distribución o las manifestaciones extraintestinales son claves en la orientación etiológica.

RES0058 PATOLOGÍA INFLAMATORIA DE LA GRASA INTRAABDOMINAL, SIMULADORA DE ABDOMEN AGUDO

Ana Belén Gil Guerra, Pablo Santos Velasco, Jorge Galván Fernández, María Isabel Jiménez Cuenca, Sonia Osorio Aira, Sofía Joral del Hoyo

Hospital Clínico Universitario de Valladolid Radiodiagnóstico

Objetivo docente

Revisión de las principales patologías inflamatorias no quirúrgicas que afectan a la grasa intraabdominal.

Revisión del tema

Las pruebas de imagen van a ser cruciales en el diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico, hay que tener en cuenta aquellas patologías que lo simulan cuyo tratamiento es conservador. En este grupo incluimos la patología inflamatoria de la grasa intraabdominal: necrosis grasa focal y paniculitis mesentérica.

La necrosis grasa focal engloba dos entidades distintas:

La apendagitis epiploica, por torsión u oclusión del vaso central del apéndice epiploico. Los hallazgos típicos son una pequeña masa ovalada, de atenuación grasa rodeada por un anillo de tejido blando y con un punto central denso, anterior o anterolateral al colon izquierdo o ciego.

El infarto omental es menos frecuente por la abundante circulación colateral, siendo su borde libre inferior derecho el más vulnerable. El infarto primario omental se produce por compromiso del aporte sanguíneo, hipercoagulabilidad, vasculitis o fallo cardíaco. El infarto secundario puede ser debido a cirugía, trauma o inflamación del omento. La TC muestra una masa encapsulada grasa, mayor de 5 cm, adyacente al colon ascendente, sin engrosamiento de su pared.

La paniculitis mesentérica suele afectar al mesenterio del yeyuno proximal y es un infiltrado inflamatorio crónico. Su causa se desconoce, aunque se ha descrito su asociación a tumores y con menor frecuencia a cirugías. Evoluciona hacia la necrosis grasa y la fibrosis (mesenteritis retráctil). En la TC se verá un aumento de la densidad de la grasa mesentérica con una pseudocápsula periférica y un característico respeto de los vasos rodeados por un halo hipodenso. En su último estadio, la mesenteritis retráctil, se visualiza una masa sólida con calcificación y retracción de estructuras vasculares e intestinales.

Conclusiones

La TC nos permite diagnosticar patologías inflamatorias que, aunque clínicamente simulan un abdomen agudo, presentan hallazgos radiológicos característicos; y evitar cirugías innecesarias.

RES0059 PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN EL QUISTE RENAL COMPLEJO DE HALLAZGO CAUSAL. LA ECOGRAFÍA CON POTENCIADOR COMO PRIMERA OPCIÓN.

Tania Díaz Antonio, Lidia Eugenia Rojo Carmona, Margarita González Fernández, Antonio Javier Márquez Moreno, José Francisco Ruiz Escalante

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Radiología

Objetivo docente

Exponer un protocolo de actuación ante el quiste renal complejo detectado incidentalmente. Dicho protocolo se basa en caracterizarlo con potenciador ecográfico; es factible, asequible al radiólogo y al paciente, y muestra seguridad en la detección.

Revisión del tema

El uso generalizado de la ultrasonografía y el TC abdominal como exploraciones de rutina ha evidenciado la alta frecuencia de detección casual de quistes renales. En la mayoría, son lesiones benignas y no requieren intervención. Cuando el quiste renal presenta contenido semisólido: sangre, detritus, tabiques fibrosos o de parénquima renal o tejido tumoral, se considera quiste renal complejo.

La clasificación de Bosniak establece el tratamiento que se debe seguir en cada tipo. Para la inclusión en la clasificación de Bosniak se suele realizar un protocolo de TC focal renal que obliga a la citación posterior del paciente, con la consiguiente demora; además genera ansiedad en el paciente hasta que se le realiza, a lo que se añade el uso de radiaciones ionizantes y de contraste yodado.

La ecografía con contraste muestra seguridad en la detección y caracterización del quiste renal complejo, con resultados superiores a los del TC renal focal. Su disponibilidad actual y su alta seguridad en el uso permite que sea la técnica de elección en la caracterización del quiste complejo.

Proponemos un circuito del paciente con quiste renal complejo de detección casual, mediante ecografía con potenciador como herramienta de primera mano, establecemos los criterios adoptados (tamaño, imagen basal eco-TC y procedencia urológica o no del paciente)

Conclusiones

Si bien el TC renal focal es una técnica rentable para evaluar lesiones quísticas renales, el ultrasonido posee además fácil acceso, tiempo real y buena reproducibilidad.

Este protocolo de actuación evita demoras innecesarias del diagnóstico, ansiedad en el paciente y alivia las consultas de urología saturadas.

RES0060 APORTACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE IMAGEN EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS COMPLICACIONES DE LA DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA

Ana Isabel Barrio Alonso, Alicia Mesa Álvarez, Rafael Menéndez de Llano Ortega, Ana María Montes García, Almudena Álvarez-Cofiño Tuñón, Alejandro Cernuda García

Hospital Central de Asturias. Radiodiagnóstico

Objetivo docente

- Revisión de la técnica quirúrgica y descripción radiológica de cambios postquirúrgicos.
- Descripción de los hallazgos radiológicos de las complicaciones más frecuentes derivadas de la técnica quirúrgica en TCMD y RM.

Revisión del tema

La duodenopancreatectomía cefálica (DPC) es el tratamiento de elección en el adenocarcinoma de cabeza de páncreas y tumores periampulares.

Las complicaciones tras la DPC son muy frecuentes (40–60%), la correcta selección de los pacientes es fundamental, las técnicas radiológicas juegan un papel crucial en esta selección.

Las complicaciones pueden ser secundarias al procedimiento quirúrgico o relacionadas con el estado general del paciente, no quirúrgicas.

Revisamos los estudios de pacientes de nuestro hospital sometidos a DPC en los últimos 5 años. Describimos los hallazgos radiológicos de las complicaciones derivadas de la técnica quirúrgica y resaltamos el papel del radiólogo en las decisiones terapéuticas así como de los equipos multidisciplinares.

Las complicaciones surgen en su mayoría en el postoperatorio inmediato de forma urgente, la prueba de elección es la TCMD. La RM, se realiza en casos seleccionados, ante la sospecha de lesión de la vía biliar y en las complicaciones tardías.

Los hallazgos radiológicos más frecuentemente encontrados son vaciamiento gástrico retrasado, fístula pancreática, fístula biliar, fístula gastrointestinal, absceso intraabdominal, hemorragia, pancreatitis y úlcera marginal.

Los grandes avances técnicos en RM (difusión, dinámicas), el uso de contrastes hepatoespecíficos para valorar la función y anatomía del árbol biliar y la información que aporta del conducto pancreático, la ha convertido en una técnica cada vez más demandada y con una alta calidad diagnóstica.

Conclusiones

- El radiólogo juega un papel importante en el manejo de las complicaciones de la DPC .
- TCMD y RM tienen una alta sensibilidad en el diagnóstico de las complicaciones. RM se ha convertido en una herramienta de gran ayuda en el manejo de las complicaciones de la DPC

RES0061 CÓMO EVITAR ERRORES EN RADIOLOGÍA DE ABDOMEN

Daniel Eiroa Gutiérrez, Amelia Muñoz Hernández, Yasmín El Khatib Ghzal, Sonia Benítez Rivero, Mónica Fernández del Castillo Ascanio, Violeta Pantoja Ortiz

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria Servicio de Radiodiagnóstico

Objetivo docente

Realizar una revisión bibliográfica sobre los errores comunes cometidos en radiología de abdomen, proponiendo una clasificación de los mismos, así como aportar un resumen de la literatura al respecto de posibles mecanismos para prevenirlos y solucionarlos.

Revisión del tema

Los errores en radiología de abdomen no son todo lo infrecuentes que se desearía, y llegan a cifrarse hasta en un 5% de todos los informes radiológicos, según las series.

A grandes rasgos, se puede categorizar el error radiológico en los siguientes:

- Error por omisión: anomalía presente pero que no se informa.
- Sesgo de complacencia: tras visualizar el primer hallazgo se obvian otros que también son relevantes
- Razonamiento erróneo: se identifica el hallazgo patológico, pero se malinterpreta.
- Anomalías visibles fuera de la región de interés: sobre todo las presentes en los primeros y últimos cortes de los estudios tomográficos.
- Razonamiento aliterativo: se asume como correcta la hipótesis diagnóstica de estudios precedentes, sin crítica hacia la misma, contribuyendo a que el error se perpetúe en el tiempo.
- Otros.

Asimismo se describen los factores que no dependen directamente del radiólogo, sino del sistema y del entorno, y que facilitan el error radiológico tales y como pueden ser: la carga de trabajo, la fatiga visual así como la mental, la ceguera por inatención o los sesgos cognitivos.

Por último, se ahonda en las estrategias adecuadas para reducir al máximo las causas de error y en el aprendizaje extraído de los fallos cometidos.

Conclusiones

Los errores en la radiología en general, y específicamente en la de abdomen, son inevitables. Hay que asumir la falibilidad del radiólogo a este respecto, sin que esto vaya en detrimento de la búsqueda de soluciones, para lo cual lo ideal es aproximarse al problema desde un punto de vista del sistema y mediante ingeniería de factores humanos.

RES0062 MESENTERIO Y PERITONEO: MASAS MESENTÉRICAS SÓLIDAS. HALLAZGOS POR IMAGEN.

Carolina Ramírez Ribelles, Mónica Ballesta Moratalla, Carmen Ballester Vallés, Vicente Navarro Aguilar, Polina Rudenko, José Pamies Guilabert

Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Radiodiagnóstico

Objetivo docente

- Describir la anatomía normal del mesenterio y el peritoneo.
- Describir las entidades patológicas más importantes que afectan al mesenterio, en particular los procesos que se presentan como masas y pseudomasas sólidas.
- Mostrar los hallazgos radiológicos más significativos de cada una de ellas mediante las diferentes técnicas de imagen.

Revisión del tema

Los mesenterios están formados por dos hojas de peritoneo, parietal y visceral, que forman una cavidad virtual, y que engloban en su interior el yeyuno, íleon, colon transverso y sigma, conectando estos segmentos intestinales con la pared posterior. Las causas más frecuentes de masas sólidas mesentéricas son el linfoma no Hodgkin y la enfermedad metastásica.

Agrupamos las patologías en 3 categorías:

1. Enfermedades inflamatorias: apendicitis, EII, diverticulitis, neoplasias perforadas, colecistitis, pancreatitis evolucionada, tuberculosis, paniculitis mesentérica, lipomatosis.
2. Enfermedades tumorales: Primarios (carcinoide, desmoide y neurofibroma plexiforme) y Metastásicos. Los tumores primarios sólidos son muy raros y frecuentemente benignos. La diseminación tumoral puede ocurrir por extensión directa, diseminación linfática, hematógena o por siembra peritoneal.
3. Adenopatías (inflamatorias, infecciosas o neoplásicas): carcinoma metastásico, leucemia, enfermedad de Castleman, tuberculosis, sarcoidosis, amiloidosis, enfermedad celiaca y enfermedad de Whipple.

Conclusiones

La tomografía computarizada permite la visualización directa del peritoneo y el mesenterio y por ello es la técnica de elección para conocer la anatomía normal, para la evaluación de la patología mesentérica y para detectar los procesos patológicos que afectan al mesenterio. Los hallazgos radiológicos junto con la historia clínica son clave para el diagnóstico diferencial.

RES0064 THE FEARED CHOLANGIOCARCINOMA. RADIOLOGICAL APPEARANCES AND MIMICKERS.

Mónica Ballesta Moratalla, Carolina Ramírez Ribelles, Vicente Navarro Aguilar, Carmen Ballester Vallés, José Pamies Guilabert, Polina Rudenko

Hospital Universitario y Politécnico La Fe Radiodiagnóstico

Objetivo docente

- To identify and illustrate multiple mimickers of cholangiocarcinoma, with emphasis on clues to make a differential diagnosis.
- To describe the different radiological appearances of cholangiocarcinoma, based on anatomical classification and growth pattern.

Revisión del tema

Cholangiocarcinoma is the second most common primary hepatobiliary cancer. It arises at any portion of the bile duct epithelium. Multiple entities can present imaging findings indistinguishable from those of cholangiocarcinoma.

Cholangiocarcinomas can be classified based on the location as extrahepatic or intrahepatic, and depending on its growth pattern as mass-forming, periductal infiltrating and intraductal tumors. Mass-forming tumors are frequently hypodense on CT, hypointense on T1-weighted and hyperintense on T2-weighted MRI, with capsular retraction. Due to its desmoplastic component they show irregular rim enhancement on early phases and centripetal enhancement on delayed phases. Main mimickers include primary sclerosing cholangitis, hepatocellular carcinoma, hepatocholangiocarcinoma, gallbladder carcinoma, metastases, melanoma, lymphoma/leukemia and carcinoid tumors.

Periductal tumors usually present with bile duct dilatation, and grow along a duct with or without mass. On contrast-enhanced images thickening and enhancement of the bile duct is seen. Intraductal tumors grow slowly as an enhancing mass into the lumen. Differential diagnosis of bile duct dilation include intrinsic causes (hepatolithiasis, Mirizzi syndrome, air, autoimmune cholangitis, polyps) or extrinsic compression (tumors, diverticula, lymph nodes).

Conclusiones

The spectrum of radiological findings of cholangiocarcinomas is wide. The accurate diagnosis and classification is essential. Radiologists should know the different disorders that may resemble cholangiocarcinomas. Imaging plays an important role in diagnosis, although in most cases, a definitive diagnosis can be established only with histopathologic examination.

RES0065 INFARTO OMENTAL Y SUS MANIFESTACIONES RADIOLÓGICAS

Begoña Palomo Antequera, Elsa García Antuña, Claudia Pinilla Rivas, Rebeca Fernández de Sanmamed Gutiérrez, Irene González Ardines, Carlos López Muñiz

Hospital Universitario de Cabueñes Servicio de Radiodiagnóstico

Objetivo docente

Revisar los hallazgos radiológicos en ecografía y tomografía computerizada (TC) del infarto omental (IO) y sus complicaciones a través de 7 casos representativos diagnosticados en nuestro servicio.

Revisión del tema

Los IO son una patología infrecuente debido a la abundante vascularización de esta estructura. Se clasifican en primarios o secundarios. Los primarios son aquellos producidos por un compromiso vascular generalmente en su borde libre lateral derecho, región menos vascularizada, (produciendo la sintomatología típica de dolor en fosa iliaca-vacío derecho) y pueden estar asociados a estados de hipercoagulabilidad, insuficiencia cardiaca, vasculitis, etc. También se producen de forma secundaria a traumatismos, cirugía abdominal o hernias omentales, pudiendo asociar una torsión vascular, siendo más variable en estos casos su localización. Debido su localización variable deberemos hacer el diagnóstico diferencial con otras entidades: apendicitis, colecistitis, apendagitis epliploica (AE), etc. para orientar a un correcto manejo terapéutico. Su tratamiento habitualmente es conservador. Entre sus complicaciones cabe destacar la infección que puede requerir su drenaje.

En TC, los hallazgos clásicos son la visualización de una masa ovalada (generalmente > 5 cm) de atenuación grasa adyacente al colon ascendente, sin depender del mismo ni asociar un anillo hiperdenso periférico (diagnóstico diferencial de AE). En estadios más iniciales puede manifestarse únicamente como una trabeculación de la grasa anterior del colon. Ocasionalmente la pared del colon puede estar engrosada. En la torsión omental, se visualiza un remolino de vasos en el interior del omento. Raramente los IO se infectan y pueden simular un absceso, en cuyo caso presentan realce periférico, nivel líquido-grasa y gas interno.

Ecográficamente aparecen como masas hiperecogénicas situadas en el punto de máximo dolor, no compresibles.

Conclusiones

Es fundamental conocer este tipo de patología para realizar un correcto diagnóstico diferencial de otras patologías clínicamente similares que requieren un tratamiento quirúrgico, asimismo se aconseja un seguimiento radiológico inicial para detectar complicaciones.

RES0066 MANUAL BÁSICO DE RADIOLOGÍA ABDOMINAL PARA EL R1

Daniel Eiroa Gutiérrez, Mónica Fernández del Castillo Ascanio, Sonia Benítez Rivero, Amelia Muñoz Hernández, Yasmín El Khatib Ghzal, Violeta Pantoja Ortiz

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Servicio de Radiodiagnóstico

Objetivo docente

- Delimitar las ventajas y los inconvenientes de las técnicas radiológicas principalmente utilizadas en patología abdominal.
- Ofrecer una sistemática de lectura de la radiografía simple del abdomen.
- Revisar los signos fundamentales en radiología abdómino-pélvica.
- Mostrar ejemplos de las patologías más frecuentes, de los que el lector puede obtener un patrón radiológico.

Revisión del tema

La exploración de inicio en radiología de abdomen suele ser la radiografía simple de abdomen tanto la estándar en decúbito supino como sus proyecciones complementarias. En resumen y a grandes rasgos, en la placa simple se puede distinguir bastante bien la grasa, el hueso y el aire. Sin embargo, toda aquella estructura que tenga densidad agua no va a poder diferenciarse claramente, siendo la ecografía un recurso adecuado para resolver este problema. La prueba gold-estándar para el estudio radiológico de la región abdómino-pélvica, especialmente en el ámbito urgente, es la tomografía computerizada, no estando la misma exenta de inconvenientes.

Se aporta una exhaustiva sistemática de lectura de la radiografía simple así como de los principales signos radiológicos a explorar: presencia de aire extraluminal, dilatación de asas y/o niveles hidroaéreos, aumentos de densidad focales y difusos, y calcificaciones patológicas. Asimismo, se resume el papel de la ecografía abdómino-pélvica y se aporta iconografía de los principales cuadros abdominales.

Conclusiones

Las principales ideas clave a extraer de este póster son:

- No olvides que la lectura sistemática de las imágenes es una de las claves para el diagnóstico radiológico.
- Ten presente que la radiografía de tórax puede ser muy útil en caso de patología abdominal: ¡si ves aire bajo el diafragma, puedes sospechar una perforación de víscera hueca!
- La ecografía es una buena técnica para el diagnóstico rápido en patología aguda, pero, particularmente en los casos graves, suele ser necesaria la TC.
- Correlaciona siempre los hallazgos radiológicos con los datos clínicos del paciente: éstos son los protagonistas.

RES0067 LESIONES QUÍSTICAS PANCRÉATICAS: CARACTERIZACIÓN MEDIANTE PRUEBAS DE IMAGEN

Laura Guirado Isla, José Antonio Miras Ventura, Irene Garrido Márquez, Laura Díaz Rubia

Hospital Universitario San Cecilio Radiodiagnóstico

Objetivo docente

El objetivo de este trabajo es poner de manifiesto las principales características de las lesiones quísticas pancreáticas en las pruebas de imagen, con el fin de detectar aquellos signos radiológicos que nos deben hacer sospechar de un proceso subyacente potencialmente maligno.

Revisión del tema

La identificación incidental de lesiones quísticas pancreáticas en pacientes asintomáticos se ha visto incrementada en la actualidad debido al uso generalizado de pruebas complementarias como la TC o RM.

Asimismo, los avances técnicos de los últimos años han favorecido un diagnóstico gradualmente más precoz. No obstante, el cada vez menor tamaño con el que son descritos estos hallazgos, junto con la superposición en la morfología de lesiones benignas y premalignas, constituye un problema para el radiólogo a la hora de llevar a cabo su caracterización de manera efectiva.

El diagnóstico diferencial fundamental debe realizarse entre lesiones no neoplásicas (pseudoquistes), neoplasias benignas (cistoadenomas serosos), precancerosas (neoplasias mucinosas papilares intraductales y neoplasias mucinosas quísticas) y francamente malignas (cistoadenocarcinomas).

Los pseudoquistes sobrepasan ampliamente en frecuencia al resto de las lesiones mencionadas, conformando las neoplasias benignas y precancerosas la mayor parte de los casos restantes. Tanto la TC como la RM son útiles para su valoración, si bien la RM suele superar a la TC a la hora de describir la estructura interna del quiste y su relación con el conducto pancreático.

Conclusiones

Las lesiones quísticas del páncreas suponen un hallazgo cada vez más frecuente en la práctica diaria del radiólogo, siendo de vital importancia hacer una correcta distinción entre las mismas mediante métodos diagnósticos como la TC o la RM puesto que una clasificación errónea puede suponer un cambio drástico en la evolución y el pronóstico del paciente.

RES0068 GASTRITIS ENFISEMATOSA: UNA PATOLOGÍA URGENTE POCO FRECUENTE.

Elena Moya Sánchez¹, Sara Barranco Acosta¹, Víctor Medina Salas², Carlos Luque Revelles¹, Eduardo Ruiz Carazo¹, Genaro López Milena¹

¹ Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Radiodiagnóstico
² Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Medicina Familiar y Comunitaria

Objetivo docente

- Conocer la fisiopatología y agentes causantes de la gastritis enfisematosa.
- Describir los hallazgos radiológicos específicos en tomografía computerizada de esta patología.
- Realizar un adecuado diagnóstico diferencial con otras patologías que cursan con hallazgos radiológicos similares.

Revisión del tema

La gastritis enfisematosa es una causa infrecuente y grave de dolor abdominal agudo. Se produce por la invasión de la pared gástrica de microorganismos productores de aire. Podemos encontrar gas en el interior de la pared gástrica en tres situaciones diferentes: enfisema gástrico, neumatosis gástrica y gastritis enfisematosa.

El término enfisema gástrico se utiliza en caso de daño en la mucosa del estómago pero sin infección asociada. Es asintomático y se resuelve espontáneamente.

La gastritis enfisematosa, por el contrario, está provocada por microorganismos productores de aire por diseminación local o vía hematógena desde un foco distante, los cuales invaden la pared gástrica y producen gas intramural asociándose en la mayoría de los casos con un daño previo de la mucosa gástrica. Cursa con síntomas como dolor abdominal, vómitos y de forma ocasional hematemesis y melenas.

Los hallazgos en TC incluyen los característicos de patología inflamatoria: engrosamiento parietal y edema, junto con gas intramural que puede extenderse al sistema venoso portal.

El pronóstico de esta patología es malo, con alta probabilidad de complicaciones y mortalidad (60-75%).

Conclusiones

- La presencia de aire en la pared gástrica es un hallazgo infrecuente en técnicas de imagen.
- Existen distintas patologías que cursan con este hallazgo, entre ellas se encuentra la gastritis enfisematosa que tiene alta mortalidad.
- Es importante para el radiólogo realizar un diagnóstico diferencial adecuado que permita un tratamiento precoz y mejore el pronóstico de esta patología.

RES0069 COMPLICACIONES DE LA PANCREATITIS AGUDA Y PAPEL DE LOS PROCEDIMIENTOS INTERVENCIONISTAS EN SU MANEJO.

Xiomara Plasencia Cruz, Melanie Moana Sánchez, Raquel Pérez Pérez, María Teresa Morales Rodríguez, Sergio Juan Pitti Reyes

Hospital Universitario de Canarias Servicio de Radiodiagnóstico

Objetivo docente

Revisar las complicaciones precoces y tardías de la pancreatitis aguda mediante el estudio de casos de nuestro centro así como mostrar el papel de los procedimientos intervencionistas en el manejo de las mismas.

Revisión del tema

La pancreatitis aguda es una entidad de gran trascendencia dada su incidencia, gravedad y sus complicaciones. En la mayoría de ocasiones tiene un curso autolimitado, sin embargo a veces tiene peor evolución y en hasta un 25% de los casos presenta algún tipo de complicación, la cual será determinante en el manejo y pronóstico de la enfermedad.

Las complicaciones pueden ser sistémicas o locales, y estas últimas dependerán del tipo de pancreatitis y del tiempo de evolución:

- Pancreatitis edematosa intersticial: colecciones líquidas peripancreáticas, pseudoquistes.
- Pancreatitis necrotizante: colecciones necróticas agudas, necrosis peripancreática encapsulada.
- Pueden sangrar, infectarse, ser múltiples e incluso localizarse en regiones distantes al páncreas.
- Existen otras complicaciones tardías potencialmente graves:
- Trombosis mesentérica, hemorragia digestiva, hematoma subcapsular esplénico y el pseudoaneurisma arterial.

Estas complicaciones pueden ser tratadas mediante diferentes procedimientos intervencionistas, los cuales presentan en ocasiones un papel relevante en el manejo de la enfermedad.

Conclusiones

Las complicaciones de la pancreatitis aguda se dan en un alto porcentaje de casos y son determinantes tanto en el pronóstico como en el manejo de la enfermedad.

Algunas de estas complicaciones pueden ser potencialmente graves y en ciertas ocasiones las técnicas intervencionistas tienen un papel crucial en el tratamiento de las mismas.

RES0070 PANCREATITIS DEL SURCO: UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE PANCREATITIS CRÓNICA

Begoña Palomo Antequera, Elsa García Antuña, Jennifer Barbato Mateos, Cristina Fernández Buergo, Yolanda García Alonso, Carlos López Muñiz

Hospital Universitario de Cabueñes. Servicio de Radiodiagnóstico

Objetivo docente

Revisar las características radiológicas de la pancreatitis del surco (PS) a través de cuatro casos representativos diagnosticados en nuestro hospital.

Revisión del tema

La PS es una forma de pancreatitis crónica infrecuente, de difícil diagnóstico, que puede imitar radiológicamente a una neoplasia pancreática.

Se han descrito dos tipos de PS: la forma pura que afecta únicamente al surco pancreatoduodenal (SPD) y la forma segmentaria que incluye también la cabeza pancreática.

Su etiología es desconocida, aunque se asocia fuertemente a un consumo prolongado de alcohol. Existen otros factores relacionados: úlcera péptica, resección gástrica y frecuentemente a quistes de la pared duodenal (englobándose dentro de las pancreatitis paraduodenales).

En la PS la inflamación local repetida puede derivar en estenosis duodenal que condiciona una clínica aguda de dolor y vómitos, así como un estrechamiento del colédoco distal causante de ictericia obstructiva y pérdida de peso que pueden sugerir un proceso neoplásico subyacente.

Hallazgos radiológicos:

Ecográficamente: engrosamiento de la pared duodenal con lesiones quísticas en su interior y dilatación del colédoco.

Tomografía computerizada (TC): tejido con atenuación de partes blandas en el SPD, generalmente con realce tardío tras la administración de contraste, engrosamiento de la pared duodenal con pequeñas formaciones quísticas en su interior. Aumento de la cabeza pancreática con quistes y calcificaciones, dilatación de la vesícula biliar, colédoco y conducto pancreático principal. A diferencia de los adenocarcinomas pancreáticos que presentan un comportamiento más infiltrativo al retroperitoneo y vasculatura local así como menor frecuencia de lesiones quísticas.

Resonancia magnética: además de los hallazgos descritos, el tejido localizado en el SPD suele ser hipointenso respecto al parénquima pancreático en T1 y ligeramente hiperintenso en T2. Dilatación del colédoco (y conducto pancreático principal), con afilamiento del mismo en su porción intrapancreática.

Conclusiones

Es importante el conocimiento radiológico de esta patología para facilitar el diagnóstico diferencial principalmente con procesos neoplásicos.

RES0071 NON-TUMORAL GALLBLADDER AND BILE DUCTS DISEASES

Mónica Ballesta Moratalla, Polina Rudenko, Carolina Ramírez Ribelles, Inmaculada Zanca Martínez, Cristina Balbastre Gómez, Elena Mateo González

Hospital Universitario y Politécnico La Fe Radiodiagnóstico

Objetivo docente

Spectrum of diseases affecting the biliary system is wide and commonly encountered at imaging. Most masses are benign and do not present a diagnostic dilemma but sometimes they present nonspecific imaging appearances. It is important to be familiar with the differential diagnosis and to understand the utility of the imaging modalities. We discuss the spectrum of imaging findings in non-neoplastic conditions of the gallbladder and biliary tract, illustrated with cases from our institution, with an important emphasis in the differential diagnosis.

Revisión del tema

Gallbladder pathology is a frequent source of patient complaint. The gallbladder and bile ducts tumorlike lesions may be visible on imaging (most detected incidentally). The most common nontumoral disorders are related to gallstones. Some of these disorders are uncommon, but they can mimic malignant lesions and often can present with similar signs and symptoms. Ultrasonography is the main technique for evaluating gallbladder disease but CT and magnetic resonance imaging also play an important role.

The diverse spectrum of non-tumoral lesions can appear on radiologic images with distinct patterns:

- Anatomical variations and congenital lesions.
- Gallbladder intraluminal lesions: Cholelithiasis. Biliary sludge. Polyps (cholesterol polyp, inflammatory polyp and fibrous polyp)
- Gallbladder wall thickening, focal or diffuse: Adenomyoma. Adenomyomatous hyperplasia, Xanthogranulomatous cholecystitis. Perforation.
- Bile duct polyps and bile duct strictures.
- Hepatolithiasis
- Primary sclerosing cholangitis.

Conclusiones

Distinguishing between benign and malignant conditions is critical. It is essential for the radiologists to be familiar with all these entities. Different imaging techniques will help radiologists to recognize imaging features of each condition, to make earlier and more confident diagnoses.

RES0072 PANCREATITIS AUTOINMUNE DENTRO DEL ESPECTRO DE LA ENFERMEDAD RELACIONADA CON IGG4 ¿CUÁNDO SOSPECHARLAS?

Laura Alonso de Caso, Isabel García-Gómez Muriel, Cristina González Gordaliza, Ángeles Silva Rodríguez, Javier Blázquez Sánchez

Hospital Universitario Ramon y Cajal. Radiodiagnóstico

Objetivo docente

Incrementar el conocimiento de la pancreatitis autoinmune (PA) y la enfermedad relacionada con IgG4 (IgG4RD), poniendo énfasis en los hallazgos radiológicos tan característicos de este tipo de pancreatitis que pueden hacer sospechar esta enfermedad sistémica de reciente descripción (2011), cuyas características radiológicas también se describen.

Revisión del tema

Se realiza una revisión bibliográfica en base de datos PubMed y en sistema basado en alta evidencia científica "Up to Date" de los descriptores "IgG4 related disease" y "autoimmune pancreatitis", seleccionando artículos desde 2011 hasta la actualidad en revistas internacionales con elevado índice de impacto.

Conclusiones

Los hallazgos en TC y RM tan específicos de la pancreatitis autoinmune, además de por la importancia per se de este diagnóstico, obligan al radiólogo a considerar la posibilidad de IgG4RD; enfermedad sistémica formada por un amplio espectro de manifestaciones antes consideradas como entidades independientes, algunas con características radiológicas menos específicas que la PA: enfermedad de Mikulicz, pseudotumor inflamatorio de órbita, tiroiditis de Riedel, hipofisitis autoinmune, mediastinitis fibrosante, fibrosis retroperitoneal, mesenteritis fibrosante...entre otros.

RES0075 LO QUE EL RADIÓLOGO DEBE SABER DE LA DEFECOGRAFÍA CONVENCIONAL ¿CUÁNDO HACERLA? ¿CÓMO HACERLA? ¿QUÉ VER?

María del Mar García Gallardo, Margarita González Fernández, Tania Díaz Antonio, Juan Antonio Martos Fornieles, Lidia Eugenia Rojo Carmona, María del Carmen Leiva Vera

H.U. Virgen de la Victoria. Radiodiagnóstico

Objetivo docente

- Establecer la técnica adecuada para su realización, indicaciones y
- Enumerar los hallazgos radiológicos frecuentes en la patología del suelo pélvico revisando los estudios realizados en nuestro servicio en el último año.

Revisión del tema

En las últimas décadas el estudio de las afecciones del suelo pél-

vico (incontinencia urinaria, fecal y/o prolapso de órganos pélvicos), por su frecuencia y el impacto que suponen en la calidad de vida del paciente, ha tomado gran importancia y con ello la defecografía y la defecografía-RM presentando la primera algunas ventajas como: mayor accesibilidad, menor coste y fácil interpretación.

Permiten un estudio dinámico del acto de la defecación aportando información sobre la función anorrectal (contracción paradójica anorrectal), el suelo pélvico (síndrome del periné descendente, cistocele, rectocele, enterocele), la eficacia del esfínter anal (incontinencia fecal,) y la evacuación rectal (completa/incompleta).

Conclusiones

El incremento en la expectativa de vida y el requerimiento de una mejor calidad de la misma hace prever que la demanda de valoración de pacientes con disfunción del suelo pélvico se incrementa el doble en las próximas décadas. Es de vital importancia la correcta realización e interpretación de los hallazgos de esta prueba.

RES0076 PATOLOGÍA RENAL Y UROLÓGICA URGENTE.

Xiomara Plasencia Cruz, Melanie Moana Sánchez, Glenis Nieves Perdomo, María Teresa Morales Rodríguez, Marta Brime Gómez, Sergio Juan Pitti Reyes

Hospital Universitario de Canarias. Servicio de Radiodiagnóstico

Objetivo docente

Revisar la patología nefrológica y urológica urgente mediante el estudio de casos de nuestro centro así como describir los hallazgos radiológicos observados en las diferentes pruebas de imagen, haciendo hincapié en la importancia de la TC con contraste intravenoso en la valoración de este tipo de patología.

Revisión del tema

Las urgencias nefrológicas y urológicas son frecuentes y en un alto porcentaje de casos requieren de una prueba de imagen de carácter urgente. La ecografía es la primera técnica radiológica a realizar para estudiar cierto tipo de patologías, pero presenta limitaciones y no siempre permite llegar al diagnóstico. Así, la TC es la prueba de elección en urgencias ya que proporciona mayor detalle anatómico, permite valorar el parénquima renal tras la administración de contraste intravenoso y además realizar diferentes fases para valorar correctamente la vía urinaria.

Este tipo de patología puede ser clasificada en cinco grandes grupos:

- Obstructiva: cólico nefrítico y sus complicaciones (hidronefrosis y fuga urinaria).
- Infecciosa: pielonefritis y sus complicaciones (abscesos y trombosis), pielonefritis enfisematosa, gangrena de Fournier.
- Traumática: contusiones, laceraciones y roturas renales, uretrales, vesicales y uretrales, hematomas e infartos.
- Vascular: infartos renales.
- Iatrogénica.

En ocasiones el diagnóstico de estas enfermedades debe ser precoz puesto que la gravedad de las mismas puede ser importante y pueden requerir de un tratamiento quirúrgico inmediato.

Conclusiones

Es de vital importancia conocer los diferentes tipos de patología renal y urológica que pueden requerir de un estudio de imagen de carácter urgente y los diferentes hallazgos radiológicos de estas enfermedades, así como manejar de un modo adecuado los recursos de los que se dispone para obtener un diagnóstico precoz.

RES0077 COLITIS ISQUEMICA POR BAJO GASTO

Mohamed Brahim Salek, María Isabel Jiménez Cuenca, Ana Belén Gil Guerra, Pablo Santos Velasco, Rebeca Sigüenza González, María Esther Gómez San Martín

Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Radiodiagnóstico

Objetivo docente

La CI generalmente aparece en edades avanzadas como consecuencia de flujo sanguíneo insuficiente en el colon, es la forma más común de lesión isquémica del TGI. Factores asociados: bajo gasto cardiaco, arritmias, traumatismos, cirugía, vasculitis, coagulopatías, radiaciones. En general se desarrolla en ausencia de oclusión de grandes vasos.

Revisión del tema

La AMS da lugar a cuatro ramas principales: la pancreatoduodenal inferior, la cólica media, la cólica derecha, y las arterias ileocólicas. El íleon terminal, ciego y colon ascendente proximal reciben aporte sanguíneo de la arteria ileocólica, mientras que una porción del colon ascendente y la región del ángulo hepático reciben sangre de la arteria cólica derecha. La arteria cólica media suministra el aporte vascular al colon transversal proximal. La AMI vasculariza un territorio que va desde el colon transversal distal al recto distal. El suministro sanguíneo del recto distal es proporcionado por hipogástrica.

Formas clínicas:

Colopatía reversible, es la forma más frecuente. Consiste en la aparición de edema y hemorragia intramural.

Colitis transitoria: aparición de erosión o ulceración con síntomas que se resuelven habitualmente en 15 días

Colitis isquémica segmentaria crónica: Aparece ulceración que implica a un segmento aislado del colon.

C. gangrenosa: pueden presentar fiebre y signos de peritonitis.

Conclusiones

La CI es una patología colónica frecuente en ancianos, que muestra manifestaciones clínicas inespecíficas, siendo fundamentales para su diagnóstico las pruebas de imagen. La técnica de elección es la TC, la ecografía y RX pueden ser de ayuda, junto a la clínica.

RES0078 SEPSIS UROLÓGICA EN EL VARÓN. REVISIÓN MEDIANTE LA IMAGEN DE LAS DIFERENTES CAUSAS DE SEPSIS.

María del Mar García Gallardo, Juan Antonio Martos Fornieles, Tania Díaz Antonio, Laura Domínguez Gómez, Lidia Eugenia Rojo Carmona, María del Carmen Leiva Vera

H. U. Virgen de la Victoria. Radiodiagnóstico

Objetivo docente

- Revisar la anatomía del tracto urinario masculino
- Exponer las causas más frecuentes de sepsis urológica en el varón, valorando los hallazgos que se identifican en las distintas pruebas de imagen realizadas de forma urgente.
- Presentamos una serie de casos representativos de nuestro hospital ilustrándolos con las distintas técnicas de imagen.

Revisión del tema

Podemos clasificar la patología urológica urgente masculina en cinco grandes grupos: litiásica, infecciosa, vascular, traumática e iatrogénica.

Dentro de las urgencias urológicas, la infección del tracto genitourinario en los distintos niveles tiene especial interés. Un retraso en el diagnóstico o un tratamiento inadecuado pueden condicionar una diseminación hematogena(sepsis) y un aumento de la tasa de mortalidad. Esta complicación es más frecuente y grave en pacientes ancianos, diabéticos e inmunodeprimidos.

Habitualmente el diagnóstico es clínico, si bien, es necesario realizar pruebas de imagen en los casos de sospecha de complicaciones o cuando la evolución es tórpida.

El cuadro séptico puede ser secundario a afectación renal(pielonefritis, abscesos renales, pielonefritis xantogranulomatosa,pielonefritis enfisematosa, pionefrosis), prostática (absceso prostático), uretral y peneana(uretritis, absceso periuretral, cavernositis), vesical (cistitis hemorrágica), escrotal (orquitis, epididimitis, abscesos escrotales) y fascial(Gangrena de Fournier).

Presentamos varios casos representativos de nuestro hospital ilustrándolos con las distintas técnicas de imagen utilizadas para su diagnóstico en urgencias (ecografía y TC)

Conclusiones

El radiólogo juega un papel fundamental en la detección de las complicaciones asociadas a la infección del tracto genitourinario masculino en el paciente séptico. Aporta la información necesaria acerca del órgano afecto así como del estado de los tejidos adyacentes para un tratamiento correcto y dirigido.

RES0079 LESIONES RENALES BENIGNAS: CUANDO LA IMAGEN TE DICE LO CONTRARIO

María del Mar García Gallardo, Lidia Eugenia Rojo Carmona, Juan Antonio Martos Fornieles, Tania Díaz Antonio, María José Regaña Feijóo, Andrea Domínguez Igual

H. U. Virgen de la Victoria. Radiodiagnóstico

Objetivo docente

El radiólogo tiene que integrar en su tarea diagnóstica de evaluación de las lesiones renales, el identificar aquellas lesiones renales y/o extrarenales que siendo benignas simulan por imagen un carcinoma renal .

En este trabajo realizamos una revisión del diagnóstico diferencial de las lesiones renales del adulto según su naturaleza intentando establecer los criterios y parámetros más útiles para el diagnóstico diferencial , de cara a discriminar la lesión no neoplásica de la benigna.

Revisión del tema

Las lesiones renales suelen ser hallazgos incidentales en distintas técnicas de imagen. El quiste simple es la lesión renal más frecuente, siendo el carcinoma de células renales (CCR) y sus principales subtipos (células claras, papilar y cromóforo) las lesiones malignas de mayor incidencia.

En la actualidad, el principal problema se plantea cuando encontramos una lesión focal sólida o pseudoquistica renal con características indeterminadas

En ocasiones las tumoraciones benignas (oncocitoma angiomiolipoma), lesiones de origen inflamatorio agudas (nefronía focal, absceso) o crónicas (pielonefritis xantogranulomatosa), de origen vascular (hemangiomas, hemorragia intrarenal o infarto focal),-quistes complicados o hematomas que pueden simular tumoraciones malignas.

Además, existen lesiones renales que realmente no son crecimientos tumorales. Estas pueden depender del propio riñón (columnas de Bertin, hipertrofia focal)o ser parte de otra estructura cercana a él.

Se realiza una revisión de aquellas lesiones benignas que han planteado el diagnóstico diferencial con tumoraciones malignas en nuestro servicio,estableciendo criterios por imagen que nos ayuden al diagnóstico.

Conclusiones

El radiólogo juega un papel fundamental en la caracterización de las lesiones renales que va a determinar el manejo conservador o agresivo (generalmente con cirugía).

Por ello, es fundamental identificar aquellas lesiones benignas por su comportamiento simulan una tumoración maligna.

RES0080 LAS DIFERENTES "CARAS" DEL COLANGIOCARCINOMA.

Tania Díaz Antonio, Juan Antonio Martos Fornieles, María del Mar García Gallardo, María José Regaña Feijoó, María del Carmen Leiva Vera

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Radiología

Objetivo docente

Revisar las diferentes formas de presentación por imagen del colangiocarcinoma atendiendo a su morfología y localización en la vía biliar, a partir de casos diagnosticados en nuestro servicio.

Revisión del tema

El colangiocarcinoma es el segundo tumor hepático primario más frecuente, después del hepatocarcinoma. La edad típica de presentación es entre los 50 y 70 años y entre sus factores de riesgo destacan la colangitis esclerosante primaria y las alteraciones congénitas del árbol biliar, como la enfermedad de Caroli.

La ecografía es la prueba de imagen realizada en primera instancia donde la dilatación de la vía biliar nos hará sospechar esta entidad. Serán necesarias otras pruebas, fundamentalmente TC y colangio-RM para determinar la causa y el nivel de la obstrucción. Esta entidad tiene diferentes formas de presentación: 1) en forma de masa, cuyo realce se realiza de forma centrípeta y se mantiene en fases tardías; 2) forma periductal infiltrativa, cuando existe crecimiento tumoral a través de la pared del conducto y 3) forma intraductal/polipoidea, si hay ocupación de la luz.

Además de sus características anatómicas, debemos clasificarlos atendiendo a su localización intrahepática, hiliar o extrahepática, por las diferentes implicaciones pronósticas.

El tratamiento ideal es la resección quirúrgica. No obstante, las altas tasas de recurrencia post-cirugía sumadas al hecho de que la mayoría sean irresecables en el momento del diagnóstico le confieren muy mal pronóstico.

Conclusiones

- En el colangiocarcinoma intrahepático lo más frecuente es la presentación en forma de masa; a nivel hiliar y extrahepático, el patrón infiltrativo. No obstante, es preciso conocer las distintas formas de presentación ("caras") del colangiocarcinoma a fin de realizar un correcto diagnóstico diferencial.
- Destacar la importancia del radiológico en el tratamiento de esta neoplasia mediante técnicas intervencionistas (drenaje percutáneo y endoprótesis).

RES0081 FENÓMENO DE SAPONIFICACIÓN GRASA POST-PANCREATITIS: ¿ES POSIBLE DIFERENCIARLO DE LA CARCINOMATOSIS PERITONEAL?

Tania Díaz Antonio, María José Regaña Feijoó, Lidia Eugenia Rojo Carmona, María del Mar García Gallardo, José Antonio Villalobos Martín, María del Carmen Leiva Vera

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Radiología

Objetivo docente

Revisar la fisiopatología y los hallazgos radiológicos característicos del fenómeno de saponificación grasa asociado a la pancreatitis aguda (PA).

Establecer las claves para su diagnóstico diferencial con la carcinomatosis peritoneal, por la similitud de sus hallazgos.

Revisión del tema

La alteración de la glándula pancreática va a provocar la liberación de enzimas lipolíticas que, a su vez, activarán una serie de factores mediadores de la inflamación dando lugar a una respuesta inflamatoria exagerada. El resultado de ello será la autodigestión de la grasa peripancreática.

Los focos de necrosis grasa suelen manifestarse como lesiones nodulares dispersas a nivel mesentérico o retroperitoneal. Pueden tener efecto de masa y realce tardío tras la administración de contraste endovenoso y generalmente aparecen tras la resolución de la ascitis y exudado en el contexto de una PA. En raras ocasiones pueden confluir y formar auténticas masas.

Estos hallazgos simulan una carcinomatosis peritoneal, siendo ambas entidades radiológicamente indistinguibles en muchas ocasiones. El contexto clínico y la evolución en el tiempo serán determinantes en su diferenciación.

Analizaremos varios casos de pancreatitis con fenómeno de saponificación presentados en nuestro centro; en uno de ellos, el diagnóstico de pancreatitis se realizó a consecuencia de este hallazgo.

Conclusiones

El fenómeno de saponificación grasa asociado a una PA es el gran simulador de la carcinomatosis peritoneal y no siempre es posible su diferenciación radiológica. La clave para su diagnóstico la encontraremos en la historia clínica y la evolución en el tiempo de los hallazgos radiológicos, con una tendencia a la regresión de los mismos en el caso de la saponificación grasa frente a la carcinomatosis peritoneal.

RES0084 EL DUODENO NO TUMORAL. QUÉ VER Y SOSPECHAR

Sergi Juanpere Martí¹, Laia Valls Massot¹, Margarita Osorio Fernández¹, Arantxa Gelabert Barragán¹, Isabel Serra Matamala², Albert Maroto Genover¹

¹ Hospital universitario Dr. Josep Trueta Servicio de Radiología (IDD), Instituto de investigación Biomédica de Girona (IDIBGI)

² Hospital universitario Dr. Josep Trueta. Servicio de Digestología

Objetivo docente

El objetivo es repasar las distintas entidades patológicas de causa no tumoral que pueden afectar al marco duodenal y describir e ilustrar de forma detallada los diferentes hallazgos radiológicos de varias de las entidades más frecuentes, y de las no tan usuales, evidenciadas mediante las distintas técnicas de imagen. Se dividirán en función de su etiología (excluyendo también aquellas secundarias a procedimientos quirúrgicos), destacando las de causa congénita, traumática y las de causa inflamatoria y/o infecciosa.

Revisión del tema

La especial ubicación del duodeno, tanto intra como retroperitoneal así como su proximidad con numerosas estructuras vecinas hacen que el duodeno pueda verse involucrado de forma directa como indirecta en varios procesos patológicos. Las diferentes técnicas radiológicas de imagen juegan un papel importante en el diagnóstico de este tipo de patologías. Aunque la endoscopia digestiva es la prueba ideal para su valoración (incluso con papel terapéutico), tanto la TC como los estudios baritados son herramientas diagnósticas no invasivas que pueden aportar información útil para elaborar un correcto diagnóstico. Entidades tan frecuentes como los divertículos duodenales se acompañan de otras menos usuales como el páncreas anular, la malrotación intestinal y quistes de duplicación dentro de las anomalías del desarrollo. La primera afectación inflamatoria del duodeno es la secundaria a una pancreatitis (incluyendo las pancreatitis del surco pancreatoduodenal). Las duodenitis pueden ser secundarias a varias entidades como *helicobacter pylori*, úlcera péptica (complicada o no) así como a enfermedad de Crohn e incluso tuberculosis. El radiólogo debe estar familiarizado con la afectación traumática (pancreático-)duodenal debido a su estrecha relación con el pronóstico del paciente.

Conclusiones

El marco duodenal se puede ver afectado por un amplio espectro de patologías que (excluyendo los de causa tumoral) incluyen procesos inflamatorios, traumáticos, infecciosos y congénitos. Este resumen detalla las características radiológicas de las entidades más destacadas de cada grupo de ellas.

RES0085 PUNTOS CLAVE EN EL MANEJO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

Luciana Rudski Ricondo, Cristina Martín Rodríguez, Daniel López Ruiz, Francisco de Asis Triviño Tarradas

Hospital Universitario Reina Sofía. Radiodiagnóstico

Objetivo docente

Conocer las principales particularidades en el manejo del paciente oncológico con el fin de resaltar los aspectos más relevantes y evitar errores frecuentes, aportando calidad al informe radiológico.

Revisión del tema

En nuestra práctica clínica habitual, cada vez es más frecuente que los radiólogos de la sección de abdomen nos encontremos con patología oncológica, tanto estudios de diagnóstico inicial como sus sucesivos controles.

Es evidente el incremento de pacientes oncológicos debido al aumento de la esperanza de vida de éstos gracias al continuo desarrollo de nuevos fármacos antitumorales. Este hecho hace necesario una evolución paralela de los servicios de radiología mediante la subespecialización de profesionales en radiología oncológica.

Es necesario que en el informe radiológico se refleje lo más fielmente posible la evolución de los pacientes, por ello se crearon distintos métodos de evaluación de respuesta al tratamiento, siendo el más extendido el RECIST 1.1.

Existen aspectos particulares en la radiología oncológica que deben ser considerados y en función de los cuales se podrá elegir el método de evaluación más adecuado para cada caso:

- Conocer el tipo de tumor primario.
- Saber el tipo de tratamiento que recibe el paciente y en qué fechas.
- Conocer a que tipo de especialista va dirigido el informe y que hallazgos son los más significativos.
- Conocer los principales pitfalls de la radiología oncológica.

Conclusiones

El manejo de los pacientes oncológicos en el ámbito de la radiología tiene muchas particularidades que determinarán la actitud clínica. Por este motivo es preciso que los radiólogos se subespecialicen en este área en concreto con el fin de aportar mediante la elaboración de un buen informe radiológico todos los datos necesarios para conducir al oncólogo hacia el manejo óptimo del paciente

RES0086 COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS DE LA CIRUGÍA ESOFÁGICA, LO QUE EL RADIÓLOGO NECESITA SABER.

Marta Pérez Bea¹, Mikel Grau García¹, Ane Ibáñez Zubiarráin¹, María Isusi Fontan¹, María Victoria Barcena Robredo¹, Ismael Díez del Val²

¹ Hospital Universitario Basurto Radiodiagnóstico

² Hospital Universitario Basurto Cirugía esofagogastrica

Objetivo docente

Revisión de los tipos de cirugía y abordajes empleados en el tratamiento de la neoplasia esofágica y descripción de las complicaciones postquirúrgicas y de su manejo.

Revisión del tema

En los últimos años se aprecia un incremento en la frecuencia del cáncer esofágico, fundamentalmente del adenocarcinoma.

Se trata de un tumor de comportamiento agresivo, la mayoría de los pacientes debutan con enfermedad localmente avanzada y la supervivencia global a los 5 años es del 5 al 15%.

El abordaje debe ser multidisciplinar empleando cirugía, quimioterapia y radioterapia aisladas o en combinación.

Se trata de una cirugía compleja con frecuentes complicaciones con las que el radiólogo debe familiarizarse.

TÉCNICAS QUIRÚRGICAS:

Según la localización del tumor, la esofagectomía se realiza combinando un abordaje abdominal con el torácico derecho y/o cervical izquierdo.

La reconstrucción del tránsito se realiza habitualmente con el estómago tubulizado a expensas de la curvatura menor. El colon se utiliza en casos de cirugía gástrica previa o patología gástrica concomitante.

En los tumores de tercio inferior y unión esofagogastrica se inicia con laparoscopia seguida de toracoscopia y anastomosis torácica. En los tumores de tercio superior y medio se inicia con toracoscopia seguida de laparoscopia con cervicotomía y anastomosis cervical.

COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS MÁS IMPORTANTES:

- Fístula.
- Dehiscencia de suturas.
- Isquemia de plastia.
- Lesión del nervio laríngeo recurrente.
- Lesión del conducto torácico-Quilotórax.
- Otras: Respiratorias, hemorrágicas, sépticas...

Conclusiones

El radiólogo debe conocer el tipo de procedimiento quirúrgico empleado en el tratamiento de la neoplasia esofágica y familiarizarse con las complicaciones más frecuentes para planificar e interpretar los estudios urgentes.

RES0087 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS TUMORES DEL INTESTINO DELGADO

María Mayoral Peñalva, Carlos Serrano Burgos, Francesc Novell Teixidó, Khalid El Hamshari Rebollo, Francisco Javier Castro Consiglio, Jordi Puig Domingo

Corporació Sanitària Parc Taulí Radiodiagnòstic

Objetivo docente

Describir los hallazgos radiológicos de los tumores benignos y malignos del intestino delgado en las diferentes técnicas de diagnóstico por la imagen.

Revisión del tema

El intestino delgado es una localización infrecuente de tumores (3-6% de los tumores del tracto gastrointestinal). La edad de presentación es a los 50-60 años y la incidencia es superior en varones. La mayoría de tumores son asintomáticos y cuando presentan sintomatología, con mayor frecuencia en forma de cuadros suboclusivos de repetición, habitualmente ya presentan diseminación.

La supervivencia global para todos los estadios es del 67,5% a los 5 años. Los tumores benignos más frecuentes son los adenomas (25%). Los tumores malignos son el adenocarcinoma (25-40%), los tumores neuroendocrinos (25-30%), el linfoma (15-20%) y los tumores mesenquimales malignos (10%), entre los que se incluyen los tumores del estoma gastrointestinal o GIST.

Hallazgos radiológicos:

Los adenomas se presentan como nódulos intraluminales isodensos respecto a la pared intestinal con realce homogéneo. En el adenocarcinoma se observa un engrosamiento mural irregular con captación heterogénea.

Los tumores neuroendocrinos se presentan característicamente como lesiones hipervasculares en fase arterial y los tumores carcinoides pueden presentar reacción desmoplásica espiculada del mesenterio. El linfoma se observa como un engrosamiento mural concéntrico y difuso, con escaso realce y dilatación luminal sin condicionar oclusión. Los GIST se presentan como masas exofíticas con realce heterogéneo por necrosis central y ulceración.

Conclusiones

A pesar de que los tumores del intestino delgado son infrecuentes, es importante conocer sus hallazgos radiológicos en las diferentes pruebas de imagen para hacer un diagnóstico precoz, dada la elevada mortalidad derivada del comportamiento "silente" de estos tumores.

RES0088 TRASPLANTE RENAL: HALLAZGOS E INFORME ESTRUCTURADO EN EL ESTUDIO DEL DONANTE VIVO Y DEL RECEPTOR

Juan José Delgado Moraleda¹, Carolina Ramírez Ribelles¹, Carmen Ballester Vallés¹, Nicolás Albertz Arévalo¹, Nerses Nersesyan², Luisa Londoño Villa¹

¹ Hospital La Fe Área Clínica de Imagen Médica

² Hospital Clínico de Valencia. Servicio de Radiología

Objetivo docente

- Explicar el protocolo que se debe realizar un correcto estudio radiológico del donante vivo y del receptor.
- Establecer qué estructuras anatómicas se deben estudiar y sus principales variantes anatómicas de interés por su implicación clínica y terapéutica.
- Sugerir un modelo de informe estructurado para este tipo de estudios.

Revisión del tema

El injerto renal de donante vivo es el tratamiento de elección para la insuficiencia renal crónica terminal, ya que mejora la calidad de vida y la supervivencia frente a la diálisis y presenta un mejor índice de supervivencia que el injerto de donante cadáver.

Es necesario realizar un estudio radiológico exhaustivo que permita establecer la calidad del injerto, evitar problemas futuros en el donante y asegurar un buen funcionamiento del receptor. Para ello se debe prestar atención al estado morfológico de los riñones y vías urinarias y a la vascularización renal, describiendo alteraciones degenerativas y variantes anatómicas.

Los hallazgos encontrados se deben recoger en un informe radiológico estructurado, que permita una comunicación ágil entre radiólogos y con otros especialistas médicos.

Conclusiones

El conocimiento de los hallazgos radiológicos que deben incluirse en el estudio del donante y receptor de trasplante renal hace que el papel del radiólogo sea cada vez más determinante en la valoración global del trasplante renal de donante vivo, ayudando al éxito del proceso quirúrgico.

RES0090 POSOPERATORIO DE CIRUGÍA PANCREÁTICA: VALORACIÓN RADIOLÓGICA

Juan José Delgado Moraleda¹, Sara Brugger Frigols¹, Carmen Ballester Vallés¹, Macarena Pía Barreda Solana¹, Nerses Nersesyan², José Fernando Melo Villamarín¹

¹ Hospital La Fe Área Clínica de Imagen Médica

² Hospital Clínico de Valencia. Servicio de Radiología

Objetivo docente

- Describir la anatomía pancreática normal.
- Explicar los procedimientos más frecuentes de cirugía pancreática.

- Ilustrar los hallazgos radiológicos más frecuentes en pacientes sometidos a este tipo de cirugías, tanto modificaciones en la anatomía normal como utilización de materiales quirúrgicos.

Revisión del tema

La técnica de elección para la valoración del páncreas posoperatorio es la tomografía computarizada.

El estudio debe incluir una secuencia en vacío, una fase arterial temprana y una fase venosa. En ocasiones se administra contraste oral, para diferenciar colecciones líquidas de asas de intestino y detectar fístulas.

Una posible clasificación de los procedimientos quirúrgicos pancreáticos los dividiría en tres grupos:

- Procedimientos de resección. Los más frecuentemente utilizados son la pancreatoduodenectomía de Whipple, la pancreatectomía central, la pancreatectomía distal, la pancreatectomía total y la operación de Beger.
- Procedimientos de drenaje. Los más utilizados son la pancreatectomíeyunostomía longitudinal con resección de la cabeza pancreática (Frey) o sin ella (Puestow).
- Otros procedimientos que escapan a esta clasificación son la necrosectomía, el drenaje de abscesos y la derivación de pseudoquistes.

Cada uno de estos procedimientos da lugar a modificaciones de la anatomía pancreática normal y a la utilización de materiales quirúrgicos, que se ilustran en el presente trabajo.

Conclusiones

El conocimiento de las diferentes técnicas quirúrgicas pancreáticas y de los materiales utilizados permite diferenciar los hallazgos anatómicos posoperatorios normales de las complicaciones quirúrgicas y de la enfermedad recurrente.

RES0091 RECIDIVA EN EL ÁREA QUIRÚRGICA DEL PACIENTE CON CÁNCER COLORRECTAL.

Celia Pérez Ramírez, Susana Rico Gala, Laura Reyes Márquez, José Carlos Pérez Tejada, Aurora Gil Bernal, Carolina Méndez Lucena

Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme.
Radiodiagnóstico

Objetivo docente

Revisión de los principales signos en TC que traducen recidiva neoplásica del cáncer colorrectal en el área quirúrgica, tanto en el segmento anastomótico como en el trayecto de laparotomía y del trocar de laparoscopia, en pared abdominal.

Mediante casos recogidos en nuestro hospital documentamos estos signos, que permiten una sospecha precoz necesaria para que el oncólogo y el cirujano replanteen el enfoque terapéutico.

Revisión del tema

Después de una resección completa hasta en el 45% de los casos habrá recidiva, la mayoría en los 2 primeros años. De ellos el 50% ocurrirán en el área quirúrgica. La TC es de elección por su mayor sensibilidad (frente a la colonoscopia) para definir la recidiva local en dicha localización.

Revisamos las indicaciones, técnica y protocolo, y sobre todo en la valoración detallada de cualquier aumento de partes blandas en la zona anastomótica o entrada quirúrgica de forma evolutiva. Describimos los signos mediante casos recogidos en nuestro hospital en los últimos 5 años, poniendo en valor como la aparición de recidiva en la pared abdominal es con frecuencia indicador de recidiva intraperitoneal.

Conclusiones

Los signos en TC indicativos de recidiva local sobre el área quirúrgica incluyen el aumento de partes blandas, crecimiento ganglionar locorregional y la infiltración de estructuras circundantes. El conjunto de estos signos, teniendo en cuenta su evolución, permite distinguir la fibrosis postquirúrgica de la recidiva local incipiente tanto en el área anastomótica como en los trayectos de entrada quirúrgica.

RES0092 PATOLOGÍA DE LA PELVIS FEMENINA: APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA EN LESIONES POCO FRECUENTES.

María Carrillo García¹, Ana Belén Veas López², María del Carmen Alcántara Zafra¹, Plácida Alemán Díaz¹, María Ángeles Gutiérrez Fuente², Francisco Pastor Quirante³

¹ Hospital General universitario Reina Sofía Radiodiagnóstico

² Hospital General Universitario Santa Lucía Radiodiagnóstico

³ Hospital General universitario Reina Sofía Anatomía Patológica

Objetivo docente

- Conocer la anatomía normal de la pelvis femenina por RM
- Ilustrar lesiones poco frecuentes, pero que se dan en la práctica diaria y su correlación anatómo-patológica.

Revisión del tema

Las lesiones pélvicas tienen un amplio diagnóstico diferencial entre las que se incluyen lesiones no neoplásicas o neoplasias benignas y malignas. Muchas de estas masas pélvicas son un reto para el radiólogo debido a su proximidad a una gran variedad de estructuras pélvicas y a la superposición de los hallazgos de la imagen con diferentes diagnósticos.

La ecografía suele ser la primera técnica a realizar sin embargo en muchas ocasiones su valor es limitado debido a su falta de penetración o a la mala ventana. La TC tiene un valor escaso en la pelvis por la falta de contraste entre los tejidos blandos, sin

embargo la RM proporciona un excelente contraste y resolución espacial lo que permite una caracterización tisular más precisa. La propuesta de este trabajo no es sólo describir los hallazgos radiológicos en lesiones menos habituales, con énfasis en las características de la RM, y establecer el órgano de origen, sino también analizar su composición y realizar una correlación de las imágenes con los hallazgos anatómo-patológicos.

Conclusiones

La RM proporciona al radiólogo las herramientas necesarias para afrontar el reto diagnóstico que constituyen en muchas ocasiones las masas pélvicas. A pesar de que el diagnóstico definitivo no es siempre posible sí que puede realizar una aproximación diagnóstica basada en las características de la imagen y en el contexto clínico de la paciente.

RES0093 RADIOLOGÍA POSQUIRÚRGICA: HALLAZGOS EN IMAGEN DEL ABDOMEN INTERVENIDO

Juan José Delgado Moraleda¹, Pilar Estellés Lerga¹, Vicente Navarro Aguilar¹, María Victoria Álvarez Martínez¹, Juan José Pomares Pomares², Adrián Picado Bermúdez¹

¹ Hospital La Fe Área Clínica de Imagen Médica

² Hospital Clínico de Valencia. Servicio de Radiología

Objetivo docente

- Explicar e ilustrar con imágenes de nuestra institución los principales hallazgos y complicaciones de la cirugía abdominal.
- Establecer protocolos que permitan la caracterización óptima de estos hallazgos.

Revisión del tema

El radiólogo debe conocer la patología y los procedimientos quirúrgicos realizados. De esta manera podrá escoger la técnica y el protocolo de estudio óptimos para establecer un diagnóstico preciso.

El abdomen del postoperado presenta hallazgos característicos que en este contexto deben considerarse fisiológicos y que no deben ser confundidos con complicaciones.

Se repasarán los protocolos de TC y las indicaciones para contraste oral e intravenoso.

Se revisarán los hallazgos fisiológicos en el abdomen postoperado. Por último, se explicarán las complicaciones más habituales del abdomen postoperado y sus características radiológicas. Se han agrupado de la siguiente manera:

- Complicaciones generales:
 - » Infecciosas. Colecciones, hematomas, abscesos, dehiscencia de sutura o de la anastomosis, fascitis y peritonitis, etc.
 - » Vasculares. Hemorragia intraluminal (hematemesis o melenas) o extraluminal (fuga libre, sangrado en sábana y

formación de hematomas).

- » Intestinales. Íleo paralítico y obstructivo, de diferentes etiologías.
- » Neumoperitoneo. Fisiológico o indicativo de patología.
- Complicaciones específicas de cada cirugía, visión general.

Conclusiones

El TC desempeña un papel integral en la evaluación de la anatomía normal postoperatoria y en la identificación de las complicaciones.

El rendimiento diagnóstico del TC se relaciona con la utilización de protocolos optimizados.

RES0094 CLAVES DIAGNÓSTICAS Y DE TRATAMIENTO DE LOS TUMORES GIST

Juan José Delgado Moraleda, Rosa María Piqueras Olmeda, Carmen Ballester Vallés, María Victoria Álvarez Martínez, Nerses Nersesyan, Adrián Picado Bermúdez

Hospital La Fe Área Clínica de Imagen Médica

Objetivo docente

- Describir las características radiológicas de los tumores del estroma gastrointestinal.
- Analizar los cambios que se producen en el tumor debido al tratamiento con inhibidores de tirosina quinasa que permiten caracterizar la respuesta al tratamiento.
- Ilustrar a estos signos radiológicos con casos clínicos de nuestra institución.

Revisión del tema

Los tumores del estroma gastrointestinal son los tumores mesenquimales más frecuentes del tracto gastrointestinal. Además, presentan características radiológicas peculiares tanto para su diagnóstico como durante la monitorización de su tratamiento.

Los GIST son tumores de crecimiento intramural exófito que presentan en su interior zonas de necrosis, hemorragia, degeneración quística y ulceración.

Presentan asimismo un patrón de progresión característico conformación de metástasis hepáticas y siembra peritoneal, siendo infrecuente la afectación ganglionar o de otros órganos.

Se producen por mutaciones en el gen de la tirosina quinasa. Por esta razón, los inhibidores de esta enzima son el tratamiento de primera línea de este tipo de tumores.

La respuesta al tratamiento presenta también características específicas que impide que se pueden aplicar los criterios mRECIST. Esos lugares, se utilizan los criterios Choi.

Conclusiones

Los tumores GIST son tumores relativamente frecuente que presentan unas características radiológicas específicas tanto para el diagnóstico como para la monitorización del tratamiento.

RES0096 RECONSTRUCCIÓN VOLUMÉTRICA VASCULAR VENOSA: NUEVAS APORTACIONES DE LA RADIOLOGÍA A LA CIRUGÍA

Juan José Delgado Moraleda¹, Álvaro García-Granero², Adela Batista Doménech¹, José Pamies Guilbert¹, Carmen Ballester Vallés¹, María Victoria Álvarez Martínez¹

¹ *Hospital La Fe Área Clínica de Imagen Médica*

² *Hospital La Fe Servicio de Cirugía Digestiva*

Objetivo docente

Revisar la utilidad de la reconstrucción volumétrica venosa en los estudios de TC con contraste para la valoración de la vascularización venosa del adenocarcinoma colon.

Ilustrar la correlación entre la imagen radiológica, la pieza quirúrgica con escisión completa del mesocolon y el análisis anatómico patológico con casos de nuestra institución.

Revisión del tema

Actualmente, la Tomografía Computarizada es necesaria para el estadiaje preoperatorio en el adenocarcinoma de colon. La escisión completa del mesocolon que contiene el drenaje tumoral ha demostrado aumentar la supervivencia y disminuir el porcentaje de recidiva locoregional. Esta escisión quirúrgica depende de la vascularización que nutre al tumor.

El retorno venoso según la localización tumoral debe ser incorporado a la pieza quirúrgica para aumentar el número de ganglios extirpados y así facilitar la valoración pronóstica y la necesidad de quimioterapia adyuvante.

Existen dos zonas anatómicas del mesocolon donde el sistema venoso no va acompañado de arterias: vena cólica derecha superior y vena mesentérica inferior próxima al borde inferior del páncreas.

Conclusiones

La reconstrucción venosa tridimensional facilita la interpretación de la anatomía del drenaje venoso tumoral al cirujano con el objetivo de conseguir una escisión completa del mesocolon que contiene el drenaje tumoral y disminuir la incidencia de complicaciones intraoperatorias.

RES0097 ECOGRAFÍA DEL TRASPLANTE RENAL

Sara Martín García, Débora Vizcaíno Domínguez, Daniel García Pérez, Vicente Santamaría Pérez, Ana De Menezes Falcao Gomes Marques, María Belinda Fernández Mariño

HUCA (Hospital Universitario Central de Asturias) Radiodiagnóstico

Objetivo docente

El objetivo de esta presentación es hacer una revisión de los hallazgos ecográficos, tanto normales como patológicos, en el seguimiento de los pacientes con trasplante renal.

Revisión del tema

La enfermedad renal crónica ha aumentado progresivamente en los últimos años, siendo el trasplante renal una alternativa terapéutica que mejora tanto la calidad de vida como la supervivencia de estos pacientes. El principal factor limitante es la escasez de aloinjertos disponibles, por lo que cada vez se realizan más trasplantes de donantes vivos emparentados. En nuestro centro, se realiza un primer control a las 48 horas postrasplante para la detección de complicaciones precoces, y un nuevo control previo a la retirada del catéter. Posteriormente, se realizan revisiones anuales para la detección de complicaciones tardías en pacientes asintomáticos, así como revisiones no programadas ante sospecha clínica o analítica de patología.

En esta presentación electrónica haremos una exposición iconográfica de los hallazgos normales y patológicos más significativos.

Conclusiones

En el contexto del trasplante renal, la ecografía constituye una herramienta fundamental para valorar la presencia de complicaciones, tanto precoces como tardías. Un retraso en el diagnóstico puede condicionar la pérdida o deterioro del injerto, por lo que todo radiólogo debería conocer la técnica ecográfica en este tipo de pacientes, los parámetros más significativos y ser capaz de diferenciar los hallazgos normales de los patológicos.

RES0099 MEDIOLISIS ARTERIAL SEGMENTARIA: UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL. HALLAZGOS RADIOLÓGICOS.

Sara Barranco Acosta, Elena Moya Sánchez, Carlos Luque Revelles, María Dolores García Roa, Jesús Parejo Santaella, Genaro López Milena

Hospital Universitario Virgen de las Nieves Radiodiagnóstico

Objetivo docente

- Conocer la fisiopatología de la mediolisis arterial segmentaria.
- Describir los hallazgos radiológicos específicos en angio-TC de dicha patología mediante la presentación de dos casos y su correlación anatomopatológica.
- Realizar un adecuado diagnóstico diferencial con otras patologías vasculares intraabdominales.

Revisión del tema

La mediolisis arterial segmentaria es una patología vascular poco frecuente, no aterosclerótica y no inflamatoria.

Los vasos que se afectan con mayor frecuencia son las arterias abdominales de mediano calibre observándose una disrupción de la capa media de la pared arterial de distribución segmentaria que

da lugar a la aparición de disecciones y aneurismas. En ocasiones puede complicarse con la aparición de hemorragia abdominal. Presentamos dos casos de mediolisis arterial segmentaria con hallazgos radiológicos típicos que consisten en disecciones arteriales aisladas que no dependen de la aorta abdominal (hallazgo muy específico) y dilataciones y disecciones localizadas en arterias abdominales de mediano calibre y su diagnóstico diferencial con otras patologías vasculares intraabdominales.

Conclusiones

- La mediolisis arterial segmentaria es una patología poco frecuente que consiste en una disrupción de la capa media de la pared arterial de los vasos abdominales de mediano calibre que produce disecciones y aneurismas.
- La utilización cada vez más frecuente de las técnicas de imagen para el diagnóstico de las causas de dolor abdominal aumenta la detección de esta patología, incluso en pacientes asintomáticos, por lo que es importante para el radiólogo conocer los hallazgos, el diagnóstico diferencial y otras patologías asociadas.

RES0100 UROCT Y HEMATURIA, ¿DEBEMOS REALIZARLO SIEMPRE?

Hugo Bernardo Fernández, Sana Shehadeh Mahmalat, Cecilia Quispe León, Irene Gutiérrez Pérez, Cristina González Huerta, María del Mar Pérez-Peña del Llano

Hospital Vital Álvarez Buylla, Mieres, Asturias Radiodiagnóstico

Objetivo docente

REVISAR LAS INDICACIONES DE LA REALIZACIÓN DE UROCT EN EL ESTUDIO DE HEMATURIA
REVISIÓN DE LA LITERATURA Y PROPUESTA DE UN ALGORITMO DE PRUEBAS DIAGNOSTICAS EN EL ESTUDIO DE LA HEMATURIA

Revisión del tema

El UROCT ha reemplazado en los últimos años de manera completa a la UIV, produciéndose un aumento exponencial en la solicitud de esta prueba para el estudio de hematuria, obviando otras pruebas, (ecografía...) y sin filtro de edad, características de la hematuria o posibilidad de presentar malignidad, obviando o desconociendo que se trata de una prueba de alta dosis de radiación, debiendo definir en qué situaciones es una prueba de primera línea, cuándo usarla como técnica "problem-solving" y en qué contextos no está indicada.

Se realiza revisión de los tipos y causas de hematuria, posibilidad de desarrollo de malignidad y un análisis de la literatura para definir un algoritmo escalonado de pruebas diagnósticas por imagen según el tipo de hematuria y el rango de edad a fin de optimizar y ahorrar pruebas y radiación innecesaria.

Conclusiones

En el diagnóstico por imagen de la hematuria debe categorizarse

al paciente según el riesgo de malignidad y adaptar las pruebas de imagen a cada categoría, ya que el UROCT es una técnica más costosa y de alta radiación y muchas de las solicitudes corresponden a pacientes con baja posibilidad de malignidad, por lo que es imprescindible disponer de un algoritmo de pruebas de imagen estratificadas

RES0101 TROMBOSIS PARCIAL DE CUERPOS CAVERNOSOS. HALLAZGOS POR ECOGRAFÍA Y RM

Elena Moya Sánchez¹, Víctor Medina Salas², Carlos Luque Revelles³, Sara Barranco Acosta³, Jesús Parejo Santaella³, Antonio Medina Benítez³

¹ Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada

² Hospital Universitario Virgen de las Nieves Medicina Familiar y Comunitaria

³ Hospital Universitario Virgen de las Nieves Radiodiagnóstico

Objetivo docente

- Conocer la trombosis de cuerpos cavernosos como causa de dolor perineal y tumefacción del pene.
- Describir los hallazgos radiológicos específicos en ecografía y resonancia magnética de esta patología.
- Realizar un adecuado diagnóstico diferencial con otras patologías que cursan con un cuadro clínico similar ya que los hallazgos radiológicos son característicos.

Revisión del tema

La trombosis parcial aguda de cuerpos cavernosos es una enfermedad rara de etiología desconocida con una presentación clínica típica que se caracteriza por dolor perineal, masa palpable peneana y priapismo.

En ocasiones se asocia con enfermedades malignas subyacentes (leucemia o linfoma) o con algunos factores predisponentes como microtraumatismos (montar en bici), durante la actividad sexual u otras enfermedades hematológicas (esferocitosis o anemia de células falciformes).

Los hallazgos por ecografía son muy sugerentes de esta patología y útiles para excluir otras causas de dolor perineal, pero la resonancia magnética nos ayuda a realizar un diagnóstico radiológico definitivo.

Ecográficamente podemos observar aumento de tamaño del cuerpo cavernoso que puede estar constituido por espacios quísticos irregulares, separados por septos en los que no se detecta vascularización a la exploración Doppler.

En secuencias potenciadas en T2 de RM se visualiza un marcado aumento de tamaño del cuerpo cavernoso afecto con expansión hacia el cuerpo cavernoso contralateral produciendo discreta compresión del mismo. En ocasiones se observa una membrana transversa distal al trombo de baja intensidad de señal.

Es importante realizar un adecuado diagnóstico diferencial con otras patologías urgentes como la fractura de pene con rotura del cuerpo cavernoso.

Conclusiones

- La trombosis de cuerpos cavernosos es una entidad infrecuente.
- Es importante conocer los hallazgos radiológicos característicos de esta patología que nos ayuden a realizar un adecuado diagnóstico diferencial de otras entidades urgentes con distinto manejo y tratamiento, como por ejemplo la fractura de pene.

RES0102 LESIONES QUÍSTICAS PANCREÁTICAS: DIAGNÓSTICO Y MANEJO RADIOLÓGICO

María Ruiz Martín¹, José Antonio Alonso López¹, Beatriz Bañares González¹, Manuel Fajardo Puentes², Nelly Karen Yolanda Ramos Santa Cruz¹, Blanca Esther Viñuela Rueda¹

¹ Complejo Asistencial Universitario de Palencia. Radiodiagnóstico

² Hospital Universitario Río Hortega. Radiodiagnóstico

Objetivo docente

Profundizar en el conocimiento de la patología y características radiológicas de las lesiones quísticas pancreáticas detectadas mediante CT y MRI.

Dar a conocer las ventajas y desventajas de cada técnica de imagen. Realizar recomendaciones para el manejo radiológico de lesiones quísticas pancreáticas incidentales.

Revisión del tema

Las lesiones quísticas pancreáticas son a menudo un hallazgo incidental cuya frecuencia ha aumentado dado el amplio uso del CT y la RM. Si bien en muchos casos el diagnóstico específico no es posible sólo mediante la imagen necesitando de otros datos, existen hallazgos radiológicos propios de cada entidad.

Aunque durante mucho tiempo el pseudoquistes ha sido la lesión quística más frecuente, también se observan en individuos asintomáticos otras entidades como la neoplasia papilar mucinosa ductal, la neoplasia quística serosa y la neoplasia quística mucinosa. Estas lesiones pueden ser benignas o bien poseer potencial maligno. Es por ello que en función de la etiología, localización y tamaño de la lesión estará justificado realizar seguimiento o bien intervenir quirúrgicamente.

Conclusiones

Las lesiones quísticas pancreáticas representan un grupo diverso dentro de la patología pancreática. Se debe realizar un adecuado manejo empleando ecografía, CT y RM para su diagnóstico y filiación así como para guiar el tratamiento y evitar cirugías innecesarias.

RES0103 DANDO A CONOCER LA PATOLOGÍA QUÍSTICA RETROPERITONEAL

María Ruiz Martín¹, José Antonio Alonso López¹, Teresa Fuente Yarnoz¹, Jesús Garzón Ruiz¹, Manuel Fajardo Puentes², Blanca Esther Viñuela Rueda¹

¹ Complejo Asistencial Universitario de Palencia Radiodiagnóstico

² Hospital Universitario Río Hortega Radiodiagnóstico

Objetivo docente

Realizar un repaso anatómico del espacio retroperitoneal y sus estructuras.

Describir las características radiológicas de las lesiones quísticas retroperitoneales más frecuentes.

Revisión del tema

Las lesiones quísticas retroperitoneales pueden clasificarse en neoplásicas o no neoplásicas y a su vez dentro de cada grupo podemos encontrar un amplio número de entidades. Determinar de una forma no invasiva las diferentes masas es importante dado que la implicación clínica y la estrategia terapéutica varían dependiendo de la lesión. Aunque existe solapamiento en los hallazgos radiológicos de TC entre las lesiones, algunos pueden sugerir un diagnóstico específico. El TC puede proporcionar información respecto a localización, tamaño y forma, grosor de la pared, presencia de septos, calcificaciones o grasa, así como sobre la invasión de estructuras adyacentes.

Conclusiones

Las neoplasias quísticas retroperitoneales pueden crecer de cualquier tejido presente en el retroperitoneo y representar una patología muy amplia. TC y RM pueden demostrar características importantes de estas entidades. Conocer las claves diagnósticas en imagen es esencial para acotar el diagnóstico diferencial, poder efectuar diagnóstico adecuado y realizar un correcto manejo terapéutico.

RES0104 LESIONES QUÍSTICAS DEL PÁNCREAS: EVALUACIÓN RADIOLÓGICA.

Alejandro Cernuda García, Alicia Mesa Álvarez, Rafael Menéndez de Llano Ortega, Bonel Argüelles García, Pedro González Filgueira, Ana Isabel Barrio Alonso

Hospital Universitario Central de Asturias Radiodiagnóstico.

Objetivo docente

- Conocer y describir los distintos tipos de lesiones quísticas pancreáticas.
- Caracterizar radiológicamente estas lesiones e identificar aquellos hallazgos que sugieren malignización.

Revisión del tema

Las lesiones quísticas pancreáticas son hallazgos incidentales que se identifican con frecuencia en los estudios de imagen dada

la mejor resolución de los equipos diagnósticos. Estas lesiones incluyen una gran variedad de diagnósticos:

- Lesiones no neoplásicas: los pseudoquistes, que siguen a un episodio de pancreatitis o traumatismo previo.
- Lesiones neoplásicas: benignas, premalignas y potencialmente malignas. Los tumores quísticos pancreáticos son tumores raros, suponen aproximadamente un 10% de las neoplasias del páncreas y hasta un 1% de estos tumores pueden malignizar.

La TCMD y la RM son las técnicas radiológicas empleadas para su caracterización permitiendo describir aquellas características morfológicas que las definirán: - Localización.

- Tamaño.
- Contenido.
- Loculación.
- Relación con la vía biliar.
- Presencia o ausencia de calcificaciones.
- Realce tras la administración de contraste.

Por otro lado, es imprescindible conocer los criterios que sugieren malignidad y que determinarán la actitud terapéutica más adecuada ante estas lesiones:

- Presencia de componente sólido.
- Engrosamiento e irregularidad de septos.
- Engrosamiento de pared.
- Dilatación de la vía biliar.
- Presencia de adenopatías.

Conclusiones

Las lesiones quísticas del páncreas son hallazgos incidentales muy frecuentes que engloban a entidades tanto benignas como potencialmente malignas.

Resulta imprescindible conocer qué hallazgos radiológicos caracterizan a estas lesiones y cuáles sugieren malignización para de esta forma garantizar un adecuado manejo terapéutico.

RES0105 ENDOFUGAS ASOCIADAS A LA TÉCNICA EVAR: DESDE UNA ACTITUD CONSERVADORA A UNA REPARACIÓN URGENTE.

Jesús Parejo Santaella, Álvaro Moyano Portillo, Carlos Luque Revelles, Sara Barranco Acosta, Genaro López Milena

Hospital Universitario Virgen de las Nieves Radiodiagnóstico

Objetivo docente

- Revisión de la etiología y tipos de endofugas en protesis endovasculares de aneurismas de aorta abdominal.
- Exponer el protocolo de TC óptimo para el diagnóstico, así como los hallazgos radiológicos característicos de cada tipo de endofuga.
- Describir el manejo terapéutico en cada caso así como su carácter urgente o conservador.

Revisión del tema

Las endofugas son las complicaciones más frecuentes derivadas del tratamiento endovascular (técnica en creciente uso respecto a la cirugía) de los aneurismas de aorta abdominal. Las endofugas se diagnostican cuando el material de CIV fluye hacia el saco aneurismático excluido por la prótesis. El protocolo de estudio debe incluir 3 fases: sin contraste, una arterial y una tardía a los 90 segundos. Hay descritas 5 tipos de endofugas: tipo I (por mala fijación en punto de anclaje, alto riesgo de ruptura, tratamiento inmediato con dilatación con balón o stent), tipo II (flujo retrógrado de ramas aórticas excluidas, tratamiento expectante vs reparación programada), tipo III (desgarro de la prótesis, alto riesgo de ruptura, manejo urgente cubriendo el defecto con otra endoprótesis), tipo IV (porosidad de la prótesis, resolución espontánea tras retirar anticoagulación), tipo V (endotensión, multifactorial, reparación quirúrgica a largo plazo). Presentamos casos de nuestra base de datos con los hallazgos radiológicos típicos.

Conclusiones

- Las endofugas son las complicaciones más frecuentes del tratamiento endovascular de los aneurismas de aorta abdominal.
- Dado que algunas tienen un alto riesgo de ruptura del saco aneurismático, es de suma importancia el conocimiento de los diferentes tipos y un diagnóstico radiológico correcto. Esto nos permitirá adoptar una actitud conservadora vs reparación urgente.

RES0106 INFORME RADIOLÓGICO ESTRUCTURADO EN EL ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS.

Alejandro Cernuda García, Alicia Mesa Álvarez, Rafael Menéndez de Llano Ortega, Ana Fernández del Valle, Almudena Álvarez-Cofiño Tuñón, Ana Isabel Barrio Alonso

Hospital Universitario Central de Asturias Radiodiagnóstico

Objetivo docente

Elaborar un informe radiológico que incluya aquellos hallazgos por TC (diagnósticos y de extensión) que permitan:

- una correcta estadificación del adenocarcinoma de páncreas.
- una correcta selección de los pacientes que se beneficiarían de una cirugía.
- una adecuada planificación quirúrgica.

Revisión del tema

La incidencia del adenocarcinoma de páncreas está en aumento convirtiéndose en la segunda neoplasia maligna gastrointestinal. La TCMD es la técnica radiológica de elección para el diagnóstico y la estadificación del adenocarcinoma de páncreas.

Las pruebas de imagen deben aportar la información diagnóstica y de estadificación necesaria para un diagnóstico precoz permitiendo seleccionar aquellos pacientes que se beneficiarán de una resección quirúrgica (curativo).

La realización de un informe radiológico estructurado permite la

correcta estadificación del tumor y por tanto su grado resecabilidad, garantizando un adecuado abordaje multidisciplinar que permita la correcta selección de pacientes quirúrgicos así como el acto quirúrgico más beneficioso.

Tras revisar las últimas guías diagnósticas nacionales e internacionales se recomienda incluir en los informes radiológicos los siguientes ítems:

- Localización.
- Tamaño.
- Relación con la vía biliar.
- Afectación ganglionar.
- Afectación vascular.
- Enfermedad a distancia.
- Variantes anatómicas.
- Estenosis o alteraciones vasculares.

De esta forma se podrían clasificar a los tumores en: Resecables, Boderline resecables e Irresecables, garantizando un correcto manejo terapéutico.

Conclusiones

En el adenocarcinoma de páncreas es imprescindible la elaboración de un informe radiológico estructurado que ofrezca información necesaria para la correcta selección de pacientes subsidiarios de cirugía, garantizando un correcto abordaje multidisciplinar y una adecuada planificación quirúrgica.

RES0109 COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS DE LA DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA

Belén Martínez Morillo-Velarde, Luciana Rudski Ricondo, Cristina Martín Rodríguez, José Manuel Miras Ríos

Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba Radiodiagnóstico

Objetivo docente

Describir los hallazgos por imagen de las principales complicaciones derivadas de la duodenopancreatectomía cefálica.

Revisión del tema

La duodenopancreatectomía cefálica (DPC) es un procedimiento quirúrgico que se emplea en patologías de cabeza de páncreas y región periampular, tanto benignas como malignas, constituyendo en muchos casos la única posibilidad de tratamiento con fin curativo y de supervivencia a largo plazo en algunos pacientes.

Dado que es una cirugía compleja, que requiere la realización de múltiples anastomosis, no es infrecuente que surjan complicaciones, abarcando éstas un amplio espectro. Las detectadas con mayor frecuencia en exploraciones radiológicas son: las dehiscencias de suturas, fístulas tanto biliar como pancreáticas, estenosis de la anastomosis, colecciones y abscesos intraabdominales, complicaciones vasculares, pancreatitis...etc.

La radiología de abdomen dispone de diferentes técnicas de imagen para diagnosticar y evaluar las distintas complicaciones,

como son la ecografía, la tomografía computarizada, la resonancia magnética y los estudios contrastados.

Es fundamental conocer el tipo de complicación que se sospecha en cada caso, según la clínica, para elegir el método de imagen y el protocolo de estudio más adecuado.

Conclusiones

El radiólogo debe conocer los principales tipos de complicaciones que pueden aparecer tras la DPC, así como la elección del tipo de estudio y protocolo para cada caso. De esta forma, se evitarán errores diagnósticos y se podrá orientar adecuadamente al clínico para llevar a cabo un tratamiento precoz de las mismas.

RES0110 COMPLICACIONES DE LOS CATÉTERES URETERALES INTERNOS, ¿QUÉ DEBEMOS SABER?, ¿QUÉ QUIERE SABER EL URÓLOGO?

Lidia Eugenia Rojo Carmona, Carolina Fernández-Crehuet Serrano, Ignacio García Trujillo, Margarita González Fernández, María del Carmen Leiva Vera, Ana Rodríguez Molina

Hospital Virgen de La Victoria Radiodiagnostico

Objetivo docente

Valoración por imagen de las complicaciones de los catéteres ureterales internos, atendiendo a los hallazgos radiológicos que nos deben poner en alerta.

Revisión del tema

El catéter ureteral interno (Doble J) se encuentra integrado completamente en la práctica urológica y desempeña un papel fundamental en el manejo de patología del tracto urinario variada como: litiasis renoureteral, trauma urinario, trasplante renal, urooncología, cirugía urológica reconstructiva y obstrucción ureteral secundaria a compresión extrínseca.

La colocación endoscópica del catéter está ampliamente extendida tanto por parte del urólogo como de los radiólogos intervencionistas con un buen nivel de seguridad.

No obstante pueden existir complicaciones secundarias en la colocación: irritación vesical, infección secundaria, hematuria y/o obstrucción.

Algunas complicaciones son menos frecuentes como la migración o rotura del catéter o la incrustación en la vía. Debemos estar familiarizados con las complicaciones para poner en alerta al urólogo. Hemos revisado las complicaciones acontecidas en nuestro hospital en los catéteres ureterales colocados, sistematizando y estructurando las pruebas de imagen a realizar y los hallazgos normales y patológicos con el fin de que sirva como guía al radiólogo general.

Conclusiones

Los radiólogos generales juegan un papel de vigilancia ante las posibles complicaciones del catéter ureteral por lo que debemos de conocer la correcta colocación y los signos por imagen indicativos de complicaciones.

RES0112 ESTUDIO POR IMAGEN DEL CARCINOMA DE ANO

Ana Belén Veas López¹, María Carrillo García¹, María del Carmen Alcántara Zafra¹, María Ángeles Gutiérrez Fuente², María Ángeles Chans Cuervo², José Manuel Martínez Serrano¹

¹ *HGU Reina Sofía Radiodiagnóstico*

² *HGU Santa Lucía Cartagena Radiodiagnóstico*

Objetivo docente

Revisar el papel de las técnicas de imagen en los pacientes con cáncer anal, poniendo especial énfasis en la RM.

Describir la anatomía normal del canal anal, analizando cuáles son los puntos clave para realizar un adecuado estadiaje tumoral. Discutir e ilustrar los hallazgos en las imágenes antes y tras el tratamiento.

Revisión del tema

El carcinoma de ano es una neoplasia infrecuente, representando tan sólo el 1,5% de todas las neoplasias del tracto gastrointestinal. La preservación del esfínter anal convierte a la quioradioterapia en el tratamiento de elección, siendo curativa en la mayoría de los casos.

Las pruebas de imagen juegan un papel importante para su estudio siendo la RM, por su excelente contraste y la alta resolución anatómica, la técnica de elección para el estadiaje locorregional y para valorar la respuesta al tratamiento.

El PET-TC es especialmente útil para detectar adenopatías pélvicas o inguinales, dato relevante a la hora de planificar el campo de radioterapia.

La mayoría de los carcinomas de ano son escamosos, aunque raramente pueden originarse adenocarcinomas a partir de glándulas anales.

El canal anal comienza en la unión anorectal y se extiende distalmente, aproximadamente 4 cm, para finalizar en el margen anal. Para los tumores cercanos a la unión anorectal, la AJCC recomienda que los tumores cuyo epicentro esté más allá de 2 cm por encima de la unión se estadifica como cáncer de recto bajo mientras que si el epicentro del tumor está a menos o a la misma altura de la unión anorectal se debe de estadificar como carcinoma anal.

El estadiaje está basado esencialmente en el tamaño tumoral y la afectación adenopática.

Conclusiones

A pesar de ser una neoplasia infrecuente, el radiólogo necesita realizar una evaluación exhaustiva inicial, tras tratamiento y detectar persistencia tumoral y/o recidivas.

RES0113 INCIDENTALOMA SUPRARRENAL: ¿UN INFORME ESTRUCTURADO?

Lidia Eugenia Rojo Carmona¹, María José Picón César², María del Carmen Leiva Vera¹, Margarita González Fernández¹, Carolina Fernández-Crehuet Serrano¹, José Antonio Villalobos Martín¹

¹ Hospital Universitario Virgen de la Victoria UGC Radiodiagnóstico

² Hospital Universitario Virgen de la Victoria UGC Endocrinología y Nutrición

Objetivo docente

Nuestro objetivo es establecer la importancia del informe estructurado en los incidentalomas adrenales para disminuir la variabilidad interobservador y facilitar la conducta clínica a seguir.

Revisión del tema

Como es ya conocido ha aumentado considerablemente la casuística de incidentaloma adrenal en exploraciones radiológicas realizadas con otros fines diagnósticos.

La procedencia de estudios con hallazgo de incidentaloma es heterogénea y está condicionada por la unidad solicitante de la prueba.

En nuestro hospital con objeto de dar respuesta homogénea a la lesión suprarrenal y al hallazgo de incidentaloma, y para evitar la variabilidad en la práctica clínica tras el diagnóstico por imagen, se creó una unidad monográfica de suprarrenal en coordinación con Radiología, donde se vienen analizando los incidentalomas detectados.

Como puerta de entrada al circuito diagnóstico del paciente se realizó un TC suprarrenal sin contraste intravenoso (incidentalomas detectados en TC con contraste) y no se realizó estudio (incidentalomas detectados en TC previo sin contraste).

Para evitar la variabilidad del informe entre radiólogos es conveniente unificar criterios de imagen que faciliten la uniformidad en la conducta clínica.

La lectura de la imagen inicial se hizo mediante informe estructurado del nódulo suprarrenal atendiendo a los siguientes criterios:

- Tamaño umbral, localización y/o bilateralidad.
- Unidades Hounsfield.
- Comparación con previos.

En todos los casos el informe estructurado incluyó la información funcional adrenal del paciente, aportada por el clínico o recogida en Historia electrónica.

Analizamos la casuística obtenida y las conductas clínicas derivadas.

Conclusiones

El informe estructurado permite establecer uniformidad en la conducta clínica y un adecuado circuito diagnóstico del paciente: derivándole al alta, realizando nuevo control radiológico o necesidad de prueba de imagen adicional.

La valoración homogénea y estructurada del incidentaloma por parte de radiología evita la variabilidad en la conducta clínica ante el incidentaloma y por ende la realización de estudios radiológicos innecesarios.

RES0114 UROLITIASIS: HALLAZGOS ECOGRÁFICOS, PITFALLS Y CLAVES PARA FACILITAR EL ESTUDIO DIAGNÓSTICO

Beatriz Consola Maroto¹, Arturo Román Soler¹, Francesc Novell Teixidó¹, Marta Solà García¹, Ferrán Bosch Barragán², Carlota Cano Rodríguez¹

¹ Corporació Sanitaria Parc Taulí Radiologia Abdominal

² Corporació Sanitaria Parc Taulí Radiologia

Objetivo docente

- Repasar conceptos básicos de la urolitiasis: epidemiología, composición, presentación clínica y métodos diagnósticos radiológicos.
- Describir el papel de la ecografía y revisar los hallazgos ecográficos en el diagnóstico de la urolitiasis, pitfalls y métodos de optimización de la técnica

Revisión del tema

La urolitiasis es una de las patologías urológicas más frecuentes y genera un volumen creciente de pruebas de imagen. Es ampliamente conocido el papel del diagnóstico radiológico para el manejo clínico - terapéutico, valoración de complicaciones, previsión de tratamiento y seguimiento.

En esta revisión se mencionaran las diferentes modalidades radiológicas, profundizando en la ecografía, sus ventajas e inconvenientes.

A pesar de no ser tan sensible para el diagnóstico de urolitiasis como la tomografía computerizada (TC), la ecografía permite la detección de cálculos de pequeño tamaño (independientemente de su composición). Se caracterizan por ser focos hiperecogénicos con sombra posterior y artefacto Twinkling (en el modo Doppler color). Estos hallazgos ecográficos no son patognomónicos ni siempre se consiguen visualizar. Existen pitfalls que se pueden minimizar mediante la optimización de la técnica: modificación del ángulo de incidencia del haz de ultrasonidos, ajuste de la frecuencia de repetición de pulsos etc... y la utilización del segundo armónico tisular que, en nuestra experiencia, permite diferenciar el cálculo respecto el tejido adyacente y conseguir una medición más fiable.

Conclusiones

La ecografía es una técnica útil en el diagnóstico de las urolitiasis, valoración de sus complicaciones y seguimiento

Conocer los posibles pitfalls e intentar optimizar la técnica ecográfica, permiten obtener imágenes más concluyentes que ayuden al diagnóstico

RES0115 PANCREATITIS AGUDA, DIAGNÓSTICO POR IMAGEN Y CLASIFICACIÓN SEGÚN CRITERIOS DE ATLANTA MODIFICADOS.

Natalia Lilian Mylonás Leegstra, Raquel Pérez Pérez, Alba Alonso de León, Tania Rodríguez Méndez, Melanie Sánchez Vasseur, Xiomara Plasencia Cruz

Hospital Universitario de Canarias Radiodiagnóstico

Objetivo docente

Revisar los distintos tipos de pancreatitis aguda (edematosa y necrotizante) y sus complicaciones, siguiendo la clasificación en base a los criterios de Atlanta modificados, con el fin de estandarizar la terminología utilizada en los estudios radiológicos.

Revisión del tema

La pancreatitis aguda ha incrementado su incidencia en los últimos años, esto ha obligado a una revisión y actualización de conceptos, aunándolos en las últimas clasificaciones.

La mortalidad en estos pacientes varía de forma significativa, siendo inferior a un 1% en las que cursan de forma más leve con edema intersticial y hasta un 25 % en las que aparecen áreas confluentes de necrosis del parénquima.

Entre los factores de riesgo más prevalentes de encuentra la presencia de coledocistitis y el abuso de alcohol.

En el estudio radiológico inicial de la pancreatitis aguda, la ecografía está indicada con el fin de descartar un origen biliar de la misma.

La tomografía computarizada ayuda a caracterizar las colecciones o áreas de necrosis que pudieran estar presentes, y la existencia o ausencia de pseudocápsula fibrosa, aportando información sobre el tiempo de evolución. La TC es fundamental para el diagnóstico de complicaciones asociadas y para el pronóstico de la enfermedad.

Conclusiones

La unificación y estandarización de la terminología a la hora de describir los tipos de pancreatitis aguda (pancreatitis intersticial edematosa y pancreatitis necrotizante), nos facilitará el entendimiento de la patología, la gravedad y las complicaciones asociadas. Todo ello ayudará a mejorar el diagnóstico y dará información fundamental para el manejo clínico de la enfermedad aguda, así como de la evolucionada.

RES0116 PANCREATITIS DEL SURCO: UN DESAFÍO PARA EL RADIÓLOGO.

Tania Díaz Antonio, Margarita González Fernández, María del Mar García Gallardo, María del Carmen Leiva Vera, José Antonio Villalobos Martín

Hospital Universitario Virgen de la Victoria Radiología

Objetivo docente

La pancreatitis del surco (PS) es una entidad poco conocida y con un diagnóstico por imagen complicado por la similitud de sus ha-

llazgos con otros procesos malignos periampulares, fundamentalmente el adenocarcinoma de páncreas. Se pretende hacer una revisión de las características radiológicas que apoyan su diagnóstico frente al de causa maligna.

Revisión del tema

La PS es un tipo infrecuente de pancreatitis crónica, cuyo resultado es la formación de tejido cicatricial en el surco pancreatoduodenal. Se distinguen dos subtipos: la forma pura, cuando hay afectación exclusiva del surco y la forma segmentaria si hay extensión a la cabeza del páncreas. Suele presentarse en forma de pancreatitis agudas de repetición y/o estenosis duodenal.

Las pruebas de imagen ponen de manifiesto una ocupación del surco pancreatoduodenal con sensación de masa y realce de contraste heterogéneo y progresivo en fases tardías, comportamiento que puede simular malignidad.

Otros hallazgos como el engrosamiento de la pared duodenal, la presencia de quistes y la estenosis del colédoco apoyarán el diagnóstico de PS. La forma segmentaria puede asociar, además, estenosis proximal del conducto pancreático principal.

Por el contrario, la trombosis o infiltración de las estructuras vasculares peripancreáticas orienta hacia etiología maligna.

Estos hallazgos, aunque sugerentes, no permiten descartar malignidad y hacen del tratamiento quirúrgico la conducta más habitual.

Conclusiones

La PS es una entidad infrecuente y compleja, que requiere de un abordaje multidisciplinar. La historia clínica y la evolución en el tiempo de los hallazgos radiológicos serán determinantes a la hora de adoptar una actitud terapéutica, aunque el manejo debe ser individualizado.

A pesar de ello, la imposibilidad de descartar malignidad asociada y la mala respuesta al tratamiento conservador hacen que en la mayoría de casos el diagnóstico sea anatomopatológico tras resección quirúrgica.

RES0117 VALORACIÓN ECOGRÁFICA INMEDIATA TRAS TRASPLANTE RENAL: HALLAZGOS NORMALES Y COMPLICACIONES.

Natalia Lilian Mylonás Leegstra, Raquel Pérez Pérez, Alba Alonso de León, Tania Rodríguez Méndez, Xiomara Plasencia Cruz, Melanie Sánchez Vasseur

Hospital Universitario de Canarias Radiodiagnóstico

Objetivo docente

Revisión de los hallazgos ecográficos habituales y las complicaciones más frecuentes del injerto renal.

Revisión del tema

La localización del injerto renal en fosa iliaca hace que la ecografía sea una técnica accesible, siendo poco necesaria la realización de otros estudios radiológicos para la valoración del mismo.

En el seguimiento inmediato (menos de 48horas postrasplante) la ecografía Doppler debe confirmar la permeabilidad de las anastomosis vasculares, valorar el parénquima renal y descartar colecciones. La ecografía en modo B nos completará el estudio evaluando el tamaño y la ecoestructura del injerto, así como la presencia de ligeras ectasias, normales durante los primeros días. La ecografía nos aportará información fundamental en el diagnóstico y seguimiento de las complicaciones postrasplante. Estas pueden ser de tipo urológico, como colecciones perirrenales y uropatía obstructiva; vasculares, entre las que se encuentra la estenosis de la arteria renal; y las complicaciones médicas, donde la necrosis tubular aguda es la más frecuente en el periodo inmediato postrasplante.

Conclusiones

En los últimos años el trasplante renal se ha convertido en la técnica de elección para el tratamiento de la enfermedad renal crónica avanzada. El estudio radiológico de elección para la evaluación del injerto, el diagnóstico de las posibles complicaciones y posterior seguimiento sigue siendo la ecografía, que juega un papel fundamental.

RES0118 ¿QUÉ DEBEMOS SABER SOBRE EL SÍNDROME DEL LIGAMENTO ARCUATO MEDIO?

Claudia Pinilla Rivas, María Carmen Yano Asso, Cristina Fernández Buergo, Begoña Palomo Antequera, Jennifer Barbato Mateos, Elsa García Antuña

Hospital de Cabueñes. Radiodiagnóstico

Objetivo docente

Describir los hallazgos radiológicos que definen el síndrome del ligamento arcuato medio en estudios de angio-TC, causa infrecuente de dolor abdominal y de baja sospecha clínica, mediante la ilustración de varios casos de nuestro servicio.

Revisión del tema

Se analizaron imágenes de angio-TC, con reconstrucciones de aorta abdominal en 3D, en 5 pacientes con estudio angiográfico realizado por sospecha de patología vascular arterial incluyendo síndrome aórtico agudo. Dos de ellos presentaban dolor abdominal (epigastralgia, dispepsia). En todos ellos se identificaron hallazgos radiológicos compatibles con síndrome del ligamento arcuato.

Este síndrome resulta de la compresión del origen del tronco celíaco por el ligamento arcuato, una banda fibrosa que une las dos cruras diafragmáticas abrazando la aorta por su cara anterior. Se piensa que es el resultado de una escasa migración caudal de la arteria durante el periodo embrionario o bien por una inserción baja del ligamento. La compresión da al tronco celíaco apariencia de "gancho" asociando en muchos casos dilatación post-estenótica y desarrollo de circulación colateral a través de la arcada pancreatoduodenal. En los cortes axiales se identifica el signo

de "el moño y la mantilla" visualizándose el tronco comprimido y deformado entre la aorta abdominal dorsalmente y el ligamento arcuato ventralmente. Su frecuencia en la población general se estima sobre 10-24%. Sólo en el 1% la compresión tendrá repercusiones hemodinámicas (dolor abdominal, pérdida de peso, con/ sin soplo mesogástrico).

Conclusiones

Se trata de una entidad poco conocida y controvertida por la relativa frecuencia con que se presenta en sujetos asintomáticos. Puede demostrarse fácilmente mediante angio-TC, con los signos típicos de "gancho" y "el moño y la mantilla". La mejoría de los síntomas tras el tratamiento quirúrgico, hace que reconocer este síndrome sea de gran importancia para el radiólogo, que debe estar familiarizado con él, evitando así errores de interpretación.

RES0119 PATOLOGÍA NO TUMORAL DEL PERITONEO Y MESENTERIO. PUNTOS CLAVE PARA SU DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

María del Mar García Gallardo, Juan Antonio Martos Fornieles, Leonardo Aguilar Sánchez, Tania Díaz Antonio, Rafael Ruiz Salas, Lidia Eugenia Rojo Carmona

Hospital universitario Virgen de la Victoria. Radiodiagnóstico

Objetivo docente

- Repasar la anatomía peritoneal y los compartimentos que delimita el peritoneo, identificando dichas estructuras mediante TC.
- Revisar desde un punto de vista práctico los hallazgos radiológicos de la patología peritoneal no tumoral más frecuente infecciosa e inflamatoria mediante TC, estableciendo los puntos claves para su diagnóstico.

Revisión del tema

El peritoneo es una delgada membrana serosa formada por una capa de epitelio simple (mesotelio) y tejido conectivo laxo. Esta estructura reviste las distintas vísceras intrabdominales. Puede verse afectado por procesos infecciosos, inflamatorios y neoplásicos, así como ser la vía de extensión de diferentes patologías sistémicas.

En esta revisión nos centraremos en el estudio de la patología peritoneal no tumoral que afecta al tejido graso del subperitoneo (apendagitis epiploica, infarto omental, necrosis grasa encapsulada y saponificación grasa) ; la patología inflamatoria del meso secundaria a enfermedades intestinales (Crohn, isquemia, enteritis, diverticulitis, apendicitis.) o primaria (paniculitis mesentérica,) y la patología infecciosa del peritoneo (tuberculosis peritoneal, peritonitis, colecciones abscesificadas).

Se exponen algunos de los casos representativos de nuestro hospital en el último año.

Conclusiones

Los hallazgos patológicos visualizados en el estudio del peritoneo y mesenterio mediante TC abdominal con contraste intravenoso no siempre son específicos de una patología, si bien conociendo el contexto clínico pueden aportar una valiosa información sobre el proceso de base.

El radiólogo juega un papel fundamental en el estudio detallado de esta estructura así como en la visualización de los hallazgos que nos dan la clave para aportar un diagnóstico.

RES0120 DIAGNÓSTICO DE LAS LESIONES HEPÁTICAS SÓLIDAS BENIGNAS POR RM Y LA UTILIDAD DEL ÁCIDO GADOXÉTICO EN SU DIFERENCIACIÓN

Paola Andrea Rueda Mejía, Rafael Menéndez de Llano Ortega, Ana Fernández del Valle, Pedro González Filgueira, Alicia Mesa Álvarez, Karen del Castillo Arango

Hospital Universitario Central de Asturias. Radiodiagnóstico

Objetivo docente

- Describir las características radiológicas de las lesiones hepáticas sólidas benignas en las diferentes secuencias de RM sin y con contraste intravenoso.
- Identificar la utilidad del contraste hepato-específico (ácido gadoxético) en la diferenciación de lesiones hepáticas sólidas.

Revisión del tema

Se puede llegar a un diagnóstico no invasivo de las lesiones hepáticas sólidas, benignas y malignas, pero requiere de una evaluación integral de la historia clínica, los factores de riesgo, las pruebas de laboratorio y los estudios de imagen.

Las principales lesiones hepáticas sólidas benignas que trataremos son:

- Hemangioma hepático.
- Hiperplasia nodular focal (HNF)
- Adenoma hepático
- Nódulos de regeneración

Estas lesiones suelen ser asintomáticas y presentar una exploración y analítica normales; aunque a veces pueden causar dolor y prurito, o encontrar una masa palpable. Su diagnóstico es generalmente incidental.

Cada lesión presenta características específicas en las secuencias básicas de RM (T1, T2, difusión, supresión grasa y eco-gradiente); que se complementan con la administración de contraste intravenoso (gadolinio y ácido gadoxético) y la realización de imágenes post-inyección en fases: arterial, portal, equilibrio y hepatobiliar.

Conclusiones

La principal ventaja del ácido gadoxético en el estudio de lesiones hepáticas benignas es la diferenciación entre hiperplasia nodular focal y adenoma hepático, así como diferenciar patrones atípicos de las lesiones malignas; con una sensibilidad y especificidad del 92% y 91% respectivamente para la HNF, y del 78% y 56% respectivamente para el adenoma hepático.

RES0121 IMAGING OF POSTGASTRECTOMY COMPLICATIONS IN GASTRIC CANCER

Atenea Morcillo Cabrera¹, Said Fettane Gómez²

¹ Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Radiodiagnóstico

² Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Radiodiagnóstico

Objetivo docente

The radiologist must know the anatomical changes that occur after the different types of gastrectomies, gastric reconstruction techniques and the most common complications that take place in the patient with gastric cancer.

Revisión del tema

The postgastrectomy complications in the gastric cancer are common due to the complexity of the oncologic patients and the surgical therapies. For that reason surgeons have been studied extensively this topic so far. However relatively few reports have focused on radiology findings following gastrectomy even though CT has proved to be useful to detect them. Firstly, the radiologists must be familiar with the sophisticated surgical procedures such as the total and partial gastrectomy and the gastric reconstruction techniques: gastroduodenostomy (Billroth I), gastroyeyunostomy (Billroth II) and esofagoyeyunostomy. In terms of complications, some of them are physiological as dumping or gastric atony but the majority need of an imaging test to rule out or confirm entities such as anastomotic leakage, duodenal stump leakage, intraabdominal bleeding, wound complications, residual stomach pouch or tumoral recurrence. Among the causes of the complex afferent and efferent loop syndromes can be found an incorrectly made anastomosis, intern hernias, loop volvulus, adhesions, strictures or extrinsic compressions.

Conclusiones

In the patient with gastric cancer that underwent surgery only the altered anatomy without pathology makes the image interpretation difficult and the knowledge of the possible complications is essential for an accurate CT evaluation.

RES0122 CUERPOS EXTRAÑOS: UN RETO DIAGNÓSTICO NO TAN INFRECLENTE.

Melanie Moana Sánchez, Xiomara Plasencia Cruz, Raquel Pérez Pérez, Margarita Fuentes García, Juan Antonio Hernández Ponce, Sergio Juan Pitti Reyes

Hospital Universitario de Canarias. Radiodiagnóstico

Objetivo docente

Identificar signos radiológicos que orienten al diagnóstico de cuerpos extraños. Se realiza un póster educativo ilustrado con casos de nuestro hospital.

Revisión del tema

La patología abdominal causada por cuerpo extraño no es tan infrecuente como se piensa, suponiendo un reto para el radiólogo, que debe reconocer el objeto, determinar su naturaleza, su localización y la patología que ocasiona. La TC es la técnica con mayor sensibilidad y especificidad para ello. Muchos de ellos se encuentran de forma incidental, pero otros son causa de patología aguda que requiere una atención médica urgente.

Pueden clasificarse en varios tipos:

- Por ingestión o introducción accidental/voluntaria por orificios naturales: frecuente en niños y en pacientes con alguna deficiencia psíquica. La unión duodenoyeyunal, el apéndice o la válvula ileocecal son algunas de las localizaciones predilectas para la impactación de estos objetos. Algunos signos radiológicos indirectos son el engrosamiento de la pared del asa intestinal, alteración de la grasa regional, formación de abscesos o presencia de neumoperitoneo. La ventana hueso en la TC puede ayudar para visualizar los de carácter metálico o cálcico. Se recomienda realizar el estudio desde nasofaringe hasta ano, ya que pueden ser varios.
- Secundarios a traumatismos penetrantes: en accidentes de tráfico y laborales o arma de fuegos.
- Derivados de procedimientos médicos diagnósticos o quirúrgicos: clips / coils / stents, esponjas bio-absorbibles, material quirúrgico retenido inintencionadamente, gasomas / mallas de pared.

En todos los casos el estudio de la historia del paciente y la correlación con los hallazgos radiológicos evitará errores innecesarios.

Conclusiones

El radiólogo debe de familiarizarse con una gran variedad de cuerpos extraños que puede encontrar al realizar una prueba de imagen, saber identificarlos y entender sus implicaciones para llegar a un correcto tratamiento del paciente.

RES0123 PATOLOGÍA VESICULAR: UN REPASO RADIOLÓGICO.

Raquel Pérez Pérez, Marta Elena Gómez Gil, Natalia Lilian Mylonás Leegstra, Melanie Moana Sánchez, Ibrahim Hernández González, Sergio Juan Pitti Reyes

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Radiodiagnóstico

Objetivo docente

Revisar la diferente patología vesicular y sus principales hallazgos en las diferentes técnicas de imagen.

Revisión del tema

La patología vesicular es una de la causas más frecuentes de realización de estudios radiológicos. La ecografía constituye la primera y principal prueba indicada para su diagnóstico, aunque en muchas ocasiones se necesita del uso de la TC, y en menor medida de la RM, para una mejor definición de los hallazgos y sus posibles complicaciones.

Ésta se puede dividir en patología aguda o crónica; así como de causa infecciosa / inflamatoria, neofornativa o congénita.

Se ilustran diferentes patologías como son la colesterosis / adenomiosomatosis, colelitiasis, colecistitis aguda / crónica, y sus posibles complicaciones como perforación y formación de biloma, colecistitis xantogranulomatosa, colecistitis gangrenosa y enfisematosa, carcinoma vesicular y afectación secundaria por patología neofornativa extravesicular; describiendo los principales hallazgos radiológicos de las mismas.

Conclusiones

La vesícula biliar se ve afectada frecuentemente por múltiples tipos de patología, constituyendo la prueba de imagen, junto con la historia clínica y datos analíticos del paciente, la clave diagnóstica de las mismas.

RES0124 ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL, UN RETO PARA EL RADIÓLOGO.

Melanie Moana Sánchez, Raquel Pérez Pérez, Xiomara Plasencia Cruz, Glenis Nieves Perdomo, Adela Fuentes García, Sergio Pitti Reyes

Hospital Universitario de Canarias. Radiodiagnóstico

Objetivo docente

Describir los signos radiológicos y complicaciones del aneurisma de aorta abdominal (rotura, fistula aortoenterica). Diagnóstico diferencial con aneurisma inflamatorio. Ilustraremos la comunicación con casos de nuestro hospital.

Revisión del tema

El aneurisma de aorta abdominal (AAA) suele ser un hallazgo "incidental" en estudios abdominales.

La rotura de AAA es una emergencia vital. Es indispensable un diagnóstico rápido y precoz. La TC es la técnica de elección en

esta patología, ya que es una prueba rápida, no invasiva y permite planificar el tratamiento quirúrgico urgente.

Se define como dilatación de aorta abdominal de más de 3 centímetros. La mayoría son infrarrenales y fusiformes y alcanzan la bifurcación aortoiliaca.

Los signos radiológicos que nos hace sospechar una rotura inminente son: signo de la creciente hiperdensa, Blebs, discontinuidad del calcio parietal, signo de la tangente o signo de la aorta caída. Los signos de rotura más frecuente son extravasación aguda del contraste y hematoma retroperitoneal.

El fístula aortoesentérica (FAE) es una complicación del aneurisma roto abdominal muy infrecuente, siendo el 80% la 3ª porción duodenal la afectada. La TC permite una rápida y efectiva evaluación en pacientes estables en los que se sospecha una FAE. El único signo definitivo es la extravasación de contraste de la luz aórtica a la intestinal.

Los AAA inflamatorios representan un 3-10% de los AAA. Presentan fibrosis periaórtica que se identifica como una masa de partes blandas bien definida, en situación anterolateral respetando la cara posterior de la aorta. La fibrosis envuelve la pared aórtica y las estructuras adyacentes, pudiendo comprimir la vena renal izquierda, la vena cava inferior, el uréter y el sigmoides.

Conclusiones

Saber interpretar los signos radiológicos de rotura de complicaciones de AAA es un reto para radiólogo. Tiene una alta tasa de mortalidad, por lo que un diagnóstico temprano y preciso es muy importante. La TC es la técnica de elección, ideal para la planificación del tratamiento posterior.

RES0125 DOLOR PÉLVICO CRÓNICO: HALLAZGOS RADIOLÓGICOS

Margarita González Fernández, Lidia Eugenia Rojo Carmona, Ana Rodríguez Molina, Carolina Fernández-Crehuet Serrano, Ignacio García Trujillo, Guadalupe Garrido Ruiz

Hospital Universitario Virgen de La Victoria. Radiodiagnóstico

Objetivo docente

- Determinar las posibles causas de dolor pélvico crónico así como sus hallazgos radiológicos en las diferentes pruebas de imagen según nuestra experiencia en la práctica clínica diaria.
- Describir las diferentes técnicas terapéuticas radiológicas intervencionistas de las que disponemos en nuestro centro para el tratamiento de dicho dolor.

Revisión del tema

El dolor pélvico crónico se define como aquel dolor localizado en pelvis que persiste durante al menos 6 meses, de forma continua o intermitente, sin que se asocie a un proceso cíclico menstrual o al mantenimiento de relaciones sexuales.

La compleja anatomía de la región que tiene huesos, músculos, fascias, vasos, nervios y vísceras determina signos y síntomas

que, conforme avanza el tiempo, pierden sus características específicas y dificultan su diagnóstico. Por tanto el dolor pélvico crónico es un complejo sintomático que puede originarse de enfermedades gastrointestinales, urológicas, aparato reproductor, musculo-esquelético o neurológicas.

En nuestra práctica clínica habitual se han identificado a través de los diferentes métodos de imagen múltiples causas de dicho dolor como por ejemplo cistitis intersticial, diverticulosis, varices pélvicas, hernia crural, endometriosis profunda, prostatitis crónica, etc. Así mismo exponemos las diferentes técnicas intervencionistas terapéuticas como por ejemplo la embolización percutánea en el caso del síndrome de congestión pélvica, bloqueo del nervio pudendo, etc.

Conclusiones

Con mucha frecuencia la etiología del dolor pélvico crónico no es clara, constituyendo un desafío diagnóstico y terapéutico, lo que requiere un conocimiento profundo de la anatomía pélvica y posibles patologías desencadenantes.

Dada su prevalencia actual de aproximadamente un 15% de la población adulta y la importante afectación en la calidad de vida de estos pacientes, el manejo multidisciplinario constituye la mejor estrategia para su evaluación y manejo.

Los procedimientos intervencionistas tienen un papel fundamental en el diagnóstico y/o tratamiento del dolor pélvico crónico.

RES0126 ¿CUERPO EXTRAÑO O PROPIO? LO QUE NOS ENCONTRAMOS EN IMAGEN ABDOMINAL QUE PUEDE SIMULAR PATOLOGÍA.

María del Carmen Alcántara Zafra¹, María Carrillo García¹, Ana Belén Veas López², Plácida Alemán Díaz¹, María Jesús Fernández Ferrando², María del Carmen Gutiérrez Sánchez³

¹ *Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia. Radiodiagnóstico*

² *Hospital General Universitario Santa Lucía Radiodiagnóstico*

³ *Hospital General Universitario Reina Sofía Radiodiagnóstico*

Objetivo docente

Acercarnos al conocimiento de la amplia variedad de cuerpos extraños dejados intencionada o no intencionadamente tras una cirugía abdominal y que podemos encontrar en las diferentes técnicas de imagen abdominal, sus características radiológicas y el diagnóstico diferencial con diferentes entidades patológicas, incluso, con estructuras anatómicas normales.

Revisión del tema

Debido al aumento en el número de exploraciones radiológicas realizadas en la actualidad, y al avance en la implantación de nuevos materiales en las variadas cirugías abdominales, con relativa frecuencia, nos encontramos de manera incidental "imágenes" intraabdominales, intraluminales, pélvicas o en pared abdominal, que podemos confundir con estructuras anatómicas normales, sobre todo en exploraciones ecográficas e incluso simular patología. El radiólogo debe conocer los diferentes materiales utilizados en

las cirugías abdominales más frecuentes llevadas a cabo en la actualidad y sus características, entre las que destacan:

- El material con el que están hechos, su traducción en las diferentes técnicas de imagen y las claves para un diagnóstico acertado
- Si son provisionales o definitivas y dentro de estas últimas, reabsorbibles o no
- Si se han quedado de manera no intencional, con los problemas médico legales que esto representa.
- Si están adecuadamente colocadas, o por el contrario, migradas.
- Las complicaciones que puedan asociar.

Se adjuntan algunos ejemplos.

Conclusiones

Los radiólogos debemos estar familiarizados con los materiales quirúrgicos utilizados en las cirugías abdominales más frecuentemente realizadas y su comportamiento radiológico; también es importante tener un fácil acceso a los antecedentes de los pacientes para una correcta interpretación de ciertas imágenes y evitar errores diagnósticos.

RES0127 NEOPLASIAS QUÍSTICAS PANCREÁTICAS: LO QUE EL CIRUJANO NECESITA SABER

Margarita González Fernández, María del Carmen Leiva Vera, Andrea Domínguez Igual, Antonio Ruiz Salas, Jose Antonio Villalobos Martín, Lidia Eugenia Rojo Carmona

Hospital Universitario Virgen de La Victoria. Radiodiagnóstico

Objetivo docente

- Determinar los aspectos radiológicos fundamentales para la planificación quirúrgica en lesiones neoplásicas quísticas pancreáticas subsidiarias de dicho tratamiento.
- Describir las características morfológicas específicas de las lesiones quísticas pancreáticas neoplásicas tanto en TC como en RM.
- Determinar los hallazgos radiológicos sugestivos de malignidad en este tipo de lesiones.
- Evaluar el manejo de este tipo de lesiones según las guías revisadas.

Revisión del tema

El aumento de la demanda de pruebas diagnósticas, y por tanto, de la realización de las mismas, así como el continuo desarrollo de la TC y RM, ha ocasionado un incremento en el diagnóstico de lesiones quísticas pancreáticas, en muchas ocasiones de forma incidental.

Las lesiones quísticas pancreáticas incluyen desde lesiones no neoplásicas (por ejemplo pseudoquistes) hasta neoplasias benignas (cistoadenomas serosos), precancerosas (neoplasias mucinosas papilares intraductales y neoplasias mucinosas quísticas) y malignas (cistoadenocarcinomas).

Tanto el tratamiento como el pronóstico de estas lesiones difiere

según su tipo, por lo que es necesario conseguir un diagnóstico lo más preciso posible. Una vez obtenido su diagnóstico específico, resulta fundamental determinar ciertos aspectos radiológicos (localización, tamaño, proximidad con estructuras vasculares, contacto con el conducto de Wirsung...) necesarios para la planificación quirúrgica.

No obstante, muchos quistes pancreáticos, en especial los menores de 2 cm, pueden ser de difícil caracterización mediante las técnicas de imagen, siendo indeterminados.

Conclusiones

Los quistes pancreáticos constituyen un grupo heterogéneo de lesiones benignas, premalignas y malignas, cuyo diagnóstico preciso es muy importante puesto que implica un manejo terapéutico diferente.

En ocasiones no es posible establecer el diagnóstico definitivo mediante TC y RM, debiendo recurrir a otras pruebas de imagen como la ecoendoscopia.

El manejo multidisciplinar de las neoplasias quísticas pancreáticas es fundamental para garantizar un diagnóstico correcto y un tratamiento que se adecue a cada paciente.

RES0128 TRATAMIENTO PERCUTÁNEO HEPÁTICO: PROCEDIMIENTO Y POSIBLES COMPLICACIONES.

Carolina Fernández-Crehuet Serrano, Lidia Eugenia Rojo Carmona, Ana Rodríguez Molina, María del Carmen Leiva Vera, Eva García Carrasco, Margarita González Fernández

Hospital Virgen de La Victoria. Radiodiagnóstico

Objetivo docente

Repasar el tratamiento de lesiones hepáticas mediante radiofrecuencia; indicaciones y procedimiento. Revisar por imagen los cambios postratamiento así como las posibles complicaciones secundarias al mismo.

Revisión del tema

El hepatocarcinoma es la neoplasia primaria de hígado más frecuente, con una incidencia estimada de 12 casos/100.000 hombres y 3.5/100.000 mujeres en España. Se asocia de manera importante a la enfermedad hepática crónica, siendo el VHC la etiología más frecuente en nuestro medio.

En los pacientes que no es posible la resección quirúrgica o el trasplante hepático está contraindicado, los tratamientos ablativos percutáneos guiados por imagen (eco/TC) adquieren un papel fundamental siendo una opción terapéutica potencialmente curativa. La Radiofrecuencia es un tratamiento percutáneo por termoregulación, que provoca una necrosis térmica o termocoagulación mediante la aplicación de ondas electromagnéticas que liberan energía generando calor por fricción.

Es importante realizar correctamente la selección de los pacientes susceptibles a ser tratados mediante esta técnica para obtener un buen resultado postratamiento y disminuir algunas de las posibles complicaciones.

Las complicaciones más frecuentes son: sangrado intraperitoneal,

absceso hepático, perforación intestinal, neumo / hemotórax, hematoma del lecho, quemaduras de piel y la siembra del tumor por el tracto de la aguja sobre todo en tumores subcapsulares. Es importante conocer los hallazgos radiológicos secundarios a las complicaciones para realizar correctamente un diagnóstico precoz.

Conclusiones

Los tratamientos percutáneos en las lesiones hepáticas son una alternativa consensuada y aceptada siempre y cuando reúna los requisitos de selección adecuados. Debemos conocer de forma detallada como realizar el procedimiento así como los hallazgos radiológicos secundarios a las complicaciones, para realizar correctamente un diagnóstico precoz.

RES0129 ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA: LO QUE EL RADIÓLOGO DEBE SABER

Juan José Delgado Moraleda¹, Sara Brugger Frigols¹, Vicente Navarro Aguilar¹, Alexandre Péres Gurbés¹, Nerses Nersesyan², Diana Veiga Canuto¹

¹ Hospital La Fe Área Clínica de Imagen Médica

² Hospital Clínico de Valencia. Servicio de Radiología

Objetivo docente

- Describir las características clínicas y radiológicas de la enfermedad inflamatoria pélvica.
- Ilustrar de los hallazgos radiológicos característicos de esta entidad con casos de nuestra institución.

Revisión del tema

La enfermedad inflamatoria pélvica (EPI) es un proceso infeccioso que afecta al tracto genital femenino superior. Se trata de una de las enfermedades más comunes en las mujeres en edad fértil y sexualmente activas. La semiología clínica es inespecífica, por lo que la imagen médica cobra especial importancia para establecer el diagnóstico de esta enfermedad.

La técnica de imagen utilizada inicialmente para su diagnóstico es la ecografía (transvaginal y abdominal). No obstante, en los casos de enfermedad avanzada en los que no se puede establecer con certeza su diagnóstico, se completa el estudio con tomografía computarizada con contraste intravenoso.

En este trabajo se describirá la anatomía radiológica de la región pélvica que puede verse afectada por esta enfermedad y se ilustrarán sus hallazgos característicos utilizando casos procedentes de nuestra institución. Se explicarán las alteraciones presentes en casos de patología leve, como salpingitis, ooforitis, endometritis y cervicitis, y también los hallazgos de casos de enfermedad avanzada, como el piosalpinx y los abscesos tubo ováricos.

Conclusiones

La enfermedad pélvica inflamatoria es una entidad frecuente y con semiología inespecífica, por lo que la técnica de imagen es especialmente importante. El radiólogo debe estar familiarizado con las alteraciones que se pueden presentar en imagen, tanto en los estados iniciales como en los casos de patología avanzada.

RES0131 EVALUACIÓN CON ECOGRAFÍA DEL TRASPLANTE HEPÁTICO

Juan José Delgado Moraleda, Adela Batista Doménech, Carmen Ballester Vallés, Alejandro Montoya Filardi, Juan José Pomares Pomares, Diana Veiga Canuto

Hospital La Fe Área Clínica de Imagen Médica

Objetivo docente

- Describir los hallazgos normales en la ecografía del postoperatorio del trasplante de hígado.
- Sistematizar la ecografía hepática después del trasplante para la detección temprana de las complicaciones más comunes.
- Explicar e ilustrar los hallazgos patológicos más comunes que implican complicaciones tempranas.
- Revisar la contribución y las limitaciones de la ecografía en el estudio de estos pacientes.

Revisión del tema

El trasplante de hígado es cada vez más frecuente. La ecografía es el estudio de elección en el control temprano después de la cirugía. Es útil para detectar complicaciones y proporcionar el tratamiento adecuado.

Las estructuras que pueden ser estudiadas son:

- Examen del parénquima hepático para detectar cambios en ecogenicidad y presencia de colecciones y hematomas, tanto intra como perihepáticas.
- Evaluación de los conductos biliares y detección de obstrucción biliar.
- Estudio del flujo portal para el diagnóstico precoz de trombosis, estenosis o la hipertensión portal.
- Evaluación de la curva de flujo y el índice de resistencia de la arteria hepática para vigilar signos de mala perfusión.
- Evaluación de las venas suprahepáticas para evaluar la permeabilidad y detectar la presencia de trombos o estenosis.

Conclusiones

La ecografía abdominal es una prueba accesible, económica y no invasiva que se puede utilizar para la detección precoz de complicaciones después de realizar un trasplante de hígado. Dado que este tipo de intervención se realiza cada vez con mayor frecuencia, es importante que el radiólogo conozca los hallazgos normales y anormales que sirven para detectar posibles complicaciones.

RES0132 COLANGIOMIOMA: REPASANDO UN CLÁSICO.

Raquel Pérez Pérez, Marta Elena Gómez Gil, Xiomara Plasencia Cruz, Natalia Lilian Mylonás Leegstra, Alba Alonso de León, Sergio Juan Pitti Reyes

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Radiodiagnóstico

Objetivo docente

Revisión de los hallazgos en pruebas de imagen, principalmente TC y RM, del colangiomioma.

Revisión del tema

El colangiocarcinoma es un tumor primario de los ductos biliares, siendo el segundo tumor primario hepático en frecuencia.

Los factores de riesgo principales son la patología primaria biliar y patología hepática crónica.

Su diagnóstico se realiza principalmente por TC y / o RM, aunque en ocasiones es necesario la biopsia ecoguiada. Por tanto se deben conocer las principales características en estas técnicas de imagen.

Se puede dividir según su localización en:

- **Intrahepático o periférico:** Masa intraparenquimatosa hepática típicamente hipodensa, con realce tardío, retracción capsular y dilatación de la vía biliar adyacente. Principal diagnóstico diferencial con el hepatocarcinoma atípico.
- **Hiliar o Tumor de Klatskin:** Lesión en hilio hepático que ocasiona dilatación retrógrada de la vía biliar intrahepática. Puede dividirse según la Clasificación de Bismuth-Corlette:
 - » Tipo I: Afectación del conducto hepático común por debajo de la confluencia de los conductos hepáticos derecho e izquierdo.
 - » Tipo II: En la confluencia de ambos conductos hepáticos.
 - » Tipo IIIA: En la confluencia, con extensión al conducto hepático derecho. Ocasiona dilatación de la vía biliar intrahepática del lóbulo ipsilateral.
 - » Tipo IIIB: En la confluencia, con extensión al conducto hepático izquierdo. Ocasiona dilatación de la vía biliar intrahepática del lóbulo ipsilateral.
 - » Tipo IV: Con extensión a ambos conductos hepáticos.

Esta clasificación tiene implicaciones en las opciones quirúrgicas y por tanto en el pronóstico. Normalmente requiere de colangio-RM

- **Extrahepático:** Afectan al colédoco. Lesiones estenosantes o polipoideas. También se pueden clasificar en crecimiento tipo masa, infiltración periductal o crecimiento intraductal.

Conclusiones

El colangiocarcinoma es un tumor relativamente frecuente, con muchas presentaciones radiológicas, que se deben conocer, dado que su diagnóstico, clasificación y estadiaje tienen importantes implicaciones en el pronóstico del paciente.

RES0133 PITFALLS EN RADIOLOGÍA ONCOLÓGICA ABDOMINAL.

Cristina Martín Rodríguez, Luciana Rudski Ricondo, Daniel López Ruiz, Francisco de Asís Triviño Tarradas, Belén Martínez Morillo-Velarde

Hospital Universitario Reina Sofía. Radiodiagnóstico

Objetivo docente

Mostrar los errores radiológicos más comunes en el diagnóstico y seguimiento del paciente oncológico, que condicionarán en muchos casos la decisión terapéutica.

Revisión del tema

La patología tumoral está ocupando progresivamente más terreno en nuestra labor asistencial, dada la incidencia de esta enfermedad y su mayor prevalencia por el continuo desarrollo de terapias. Este hecho, proporciona a radiólogo un papel protagonista, y como tal, exige el conocimiento en profundidad de los hallazgos específicos de la enfermedad y de sus tratamientos.

A continuación, presentamos aspectos importantes a considerar a la hora de realizar e informar una exploración radiológica, con el fin de evitar posibles errores trascendentales, que ejemplificamos con casos de nuestro centro:

- Antes de comenzar, debemos decidir el protocolo del estudio, y realizarlo del mismo modo en los sucesivos controles.
- Es necesario comparar con todos los estudios previos, remontándose al inicio de la enfermedad.
- Ser cautos al describir hallazgos de nueva aparición, no todo son metástasis.
- Debemos catalogar las lesiones dudosas, empleando las técnicas necesarias disponibles, para llegar a un diagnóstico final.
- El radiólogo tiene la responsabilidad de seleccionar lesiones fácilmente medibles y reproducibles siempre que sea posible, con vistas a un correcto seguimiento.
- El informe debe ser unificado entre todos los radiólogos.
- Es primordial la comunicación continua con todos los especialistas implicados en el tratamiento del cáncer.

Conclusiones

En el ámbito de la oncología, es muy importante el conocimiento del tipo de tumor, tiempo de evolución de la enfermedad, tratamiento, tipo de respuesta a distintos fármacos, y alteraciones secundarias a determinadas terapias, entre otros aspectos; para evitar errores que podrían arrastrar consecuencias graves para el paciente. Por tanto, este contexto asistencial requiere de radiólogos altamente cualificados e implicados en el manejo multidisciplinar de este grupo de pacientes.

RES0138 TRAUMATISMO ABDOMINAL CERRADO: LO IMPORTANTE SON LOS DETALLES

Marta Elena Gómez Gil, Raquel Pérez Pérez, Natalia Lilian Mylonás Leegstra, Xiomara Plasencia Cruz, Melanie Moana Sánchez, Sergio Juan Pitti Reyes

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Radiodiagnóstico

Objetivo docente

Conocer los tipos y las principales características por imagen del traumatismo abdominal cerrado.

Revisión del tema

Se exponen los protocolos de TCMD útiles en el traumatismo abdominal.

Se realiza una revisión bibliográfica de las distintas lesiones que

produce el traumatismo abdominal cerrado y se describen los hallazgos radiológicos más importantes.

Se clasifican según el área anatómica estudiada en: lesiones hepáticas, esplénicas, renales, suprarrenales, pancreáticas, intestinales, vesicales y vasculares.

Se ilustra con casos de nuestro centro hospitalario.

Conclusiones

El traumatismo abdominal cerrado es una patología frecuente en la Radiología de Urgencias.

Asimismo, el radiólogo general debe conocer las características de imagen fundamentales con el fin de realizar una buena aproximación diagnóstica y ayudar en la actitud terapéutica.

RES0139 TUMORES DE INTESTINO DELGADO: UN PASEO POR EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Marta Elena Gómez Gil, Raquel Pérez Pérez, Daniel Martín Rodríguez, Irene Jiménez Sosa, Alba Alonso de León, Sergio Juan Pitti Reyes

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Radiodiagnóstico

Objetivo docente

Revisar las características por imagen mediante TCMD de las neoplasias de intestino delgado y realizar un diagnóstico diferencial.

Revisión del tema

Se realiza una revisión bibliográfica y se exponen las manifestaciones por TC de los hallazgos comunes de los tumores intestinales.

Se clasifican los tumores según frecuencia, malignidad o benignidad y localización. Los tumores de intestino delgado malignos más frecuentes son el adenocarcinoma, linfoma, carcinoide y GIST. Los tumores benignos más frecuentes son los adenomas, leiomiomas y lipomas. Las localizaciones más frecuentes son el duodeno y el ileon.

Se ilustra con imágenes de Tomografía Computarizada y se presentan casos de nuestro centro hospitalario.

Conclusiones

Los tumores de intestino delgado son neoplasias poco frecuentes y se presentan con síntomas inespecíficos. Por lo que, es necesario conocer los hallazgos por imagen para aportar un diagnóstico diferencial y aproximar el diagnóstico definitivo.

RES0142 REVISIÓN POR IMAGEN DE LA CLASIFICACIÓN MODIFICADA DE HINCHEY PARA LA DIVERTICULITIS AGUDA

Daniel Eiroa Gutiérrez, Mónica Fernández del Castillo Ascanio, Amelia Muñoz Hernández, Sonia Benítez Rivero, Yasmín El Khatib Ghzal, María Soledad Garrido Carrasco

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Servicio de Radiodiagnóstico

Objetivo docente

Realizar un repaso de la clasificación modificada de Hinchey para la gradación de la diverticulitis aguda, aportando al respecto iconografía propia.

Revisión del tema

La enfermedad diverticular del colon es la 5ª enfermedad gastrointestinal en cuanto gasto sanitario en los países occidentales. Afecta de forma similar a ambos sexos. La prevalencia aumenta con la edad, llegando a darse hasta en un 66% de los individuos mayores de 80 años. La incidencia sigue una tendencia ascendente en edades tempranas.

La enfermedad diverticular sintomática puede observarse en el 25% de los pacientes con diverticulosis. En ausencia de complicaciones, tales como perforación, fístula, obstrucción o sangrado, se denomina Diverticulitis Aguda No Complicada (DANC) y representa el 75% de las formas de presentación de esta patología. La clasificación modificada de Hinchey se propone como una herramienta útil para la clasificación de la severidad de la diverticulitis aguda:

- Estadio 1a: área flemonosa peridiverticular.
- Estadio 1b: diverticulitis con absceso pericólico o mesentérico
- Estadio 2: diverticulitis con colección pélvica, retroperitoneal, o a distancia.
- Estadio 3: diverticulitis con peritonitis generalizada purulenta.
- Estadio 4: diverticulitis con peritonitis generalizada fecaloidea.

Esta última exige demostrar comunicación del espacio peritoneal con la luz intestinal.

De esta manera, se considera que todas las imágenes que nos permitan clasificar al paciente en estadio 1a o 1b suponen una DANC, con la consecuente posibilidad de tratamiento ambulatorio de los mismos.

Conclusiones

La diverticulitis aguda es un cuadro frecuente en Urgencias, y su adecuada clasificación según los hallazgos por TC es relevante en el manejo del paciente, puesto que los pacientes con DANC pueden beneficiarse de un tratamiento antibiótico ambulatorio.

RES0143 ENFERMEDAD DE CROHN. LAS ARMAS DEL RADIÓLOGO PARA SU DIAGNÓSTICO

Laura Díaz Rubia¹, Francisco Javier García Verdejo², Virginia Jiménez Coronel¹

¹ Hospital Universitario San Cecilio. Radiodiagnóstico

² Hospital Santa Ana Digestivo

Objetivo docente

Describir las principales pruebas de imagen utilizadas en el diagnóstico de la enfermedad de Crohn, principalmente ecografía, TC y RM y resumir los hallazgos más significativos que podemos encontrar en cada una.

Revisión del tema

La enfermedad de Crohn es una patología inflamatoria y crónica del tubo digestivo (sobre todo íleon terminal) que suele cursar con brotes, afecta a gente joven, y se manifiesta con diarreas y dolor abdominal. Aunque el diagnóstico es histológico con biopsia durante la endoscopia, las pruebas de imagen son cada vez más utilizadas tanto para el diagnóstico de enfermedad de Crohn como para su seguimiento y monitorización de la respuesta al tratamiento, destacando la ecografía, la TC y la RM.

La ecografía es una técnica asequible, no invasiva, que no radia pero explorador-dependiente que precisa una buena curva de aprendizaje. Permite visualizar afectación transmitan de las asas de íleon engrosadas, trayectos fistulosos, abscesos, flemones, proliferación fibrograsa y aporta datos de actividad inflamatoria como el aumento de señal parietal en el estudio Doppler-color.

La TC por su parte y en particular la entero-TC, permite valorar lo descrito anteriormente en la ecografía y, además, podemos predecir si existe afectación extra-intestinal, siendo una prueba rápida, con escasa preparación pero con la que radiamos al paciente. La RM presenta la ventaja sobre la TC de ser una exploración que no emite radiación ionizante; permite valorar afectación intestinal, extra-intestinal, actividad inflamatoria, fibrosis, complicaciones...similar a la TC, aunque con mayor tiempo para su realización y más complejidad para informar. A destacar las secuencias de cine o vídeo en enteroRM, que añade un estudio del intestino dinámico y muy útil para el clínico.

Conclusiones

Tanto la ecografía, como la TC y la RM, son exploraciones necesarias y en ocasiones complementarias en el diagnóstico, seguimiento y control de respuesta al tratamiento en pacientes con enfermedad de Crohn.

RES0144 PELVIS FEMENINA: REVISIÓN DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE ABDOMEN AGUDO DE ORIGEN GINECOLÓGICO.

María Esther Gómez San Martín¹, María Pina Pallín², Isabel Montserrat Otero Mongil², María Isabel Jiménez Cuenca², Teresa Álvarez de Eulate García², Reyes Petruzzella Lacave²

¹ Hospital Clínico Universitario Valladolid Valladolid

² Hospital Clínico Universitario Valladolid Radiodiagnóstico

Objetivo docente

1. Revisar la anatomía pélvica femenina normal, sus variantes y apariencia radiológica.
2. Identificar las principales causas de abdomen agudo de origen ginecológico e identificar los hallazgos radiológicos en ecografía y tomografía computerizada multidetector (TCMD), técnicas más utilizadas en el servicio de Urgencias.

Revisión del tema

Uno de los motivos más frecuentes de consulta en los servicios de Urgencias es el dolor abdominal, en ocasiones en forma de cuadros de abdomen agudo que necesitan un manejo terapéutico inmediato, muchas veces incluso quirúrgico.

La anatomía de la región pélvica femenina reviste cierta complejidad, debido a los cambios que acontecen a lo largo de todo el ciclo menstrual y durante la gestación.

Es primordial que el radiólogo tenga un conocimiento profundo de la misma ya que dicha región es asiento de múltiples patologías causantes de cuadros de abdomen agudo. Es fundamental realizar una correcta interpretación de los hallazgos radiológicos en las distintas pruebas de imagen (ecografía y TCMD fundamentalmente), que pueden ser una fuente importante de errores diagnósticos y de demora en el diagnóstico lo que puede ser fatal para la paciente.

En este trabajo revisaremos la anatomía pélvica femenina normal y describiremos los signos radiológicos claves para el diagnóstico diferencial de las distintas patologías causantes de cuadros de abdomen agudo y que asientan en dicha región.

Conclusiones

Es primordial para el radiólogo el conocimiento de la anatomía de la pelvis femenina normal y su apariencia radiológica, para una correcta evaluación de la patología ginecológica causante en muchos casos de cuadros de abdomen agudo que acuden al servicio de Urgencias.

De este modo será posible realizar un diagnóstico precoz y un manejo terapéutico rápido y con el menor número de complicaciones asociadas, lo que mejorará la morbimortalidad de estas pacientes.

RES0145 LESIONES QUÍSTICAS PANCREÁTICAS: PAPEL DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN SU IDENTIFICACIÓN, CARACTERIZACIÓN Y SEGUIMIENTO.

María Esther Gómez San Martín¹, Laura Casadiego Matarranz², María Pina Pallín², Elena Núñez Miguel², Rebeca Sigüenza González², Juan José Fuertes Alija²

¹ Hospital Clínico Universitario Valladolid

² Hospital Clínico Universitario Valladolid Radiodiagnostico

Objetivo docente

- Describir las características clínicas y radiológicas de los diferentes tipos de lesiones quísticas pancreáticas.
- Revisar el manejo diagnóstico ante una lesión quística incidental del páncreas y el papel de la imagen en el manejo de las enfermedades quísticas del páncreas.

Revisión del tema

Aproximadamente el 10% de las personas en torno a los 70 años de edad tienen quistes pancreáticos. La incidencia de quistes pancreáticos asintomáticos en la población general es de aproximadamente un 2,6%.

Las lesiones quísticas del páncreas son detectadas a menudo de forma incidental en los estudios de imagen realizados por otro motivo, la etiología puede variar desde condiciones benignas a procesos premalignos y lesiones malignas definidas.

Su identificación mediante pruebas de imagen es fundamental ya que muchas van a requerir un tratamiento quirúrgico y otras únicamente un seguimiento. La tomografía computerizada (TC) suele ser la prueba inicial, sin embargo la Resonancia Magnética (RM) y la colangioRM nos va a permitir evaluar la características internas y demostrar si existe comunicación con el conducto pancreático.

La caracterización de estas lesiones permite seleccionar a aquellos pacientes que requieren una intervención quirúrgica o aquellos que sólo necesitan seguimiento.

La clasificación de las lesiones quísticas del páncreas más frecuentes es:

- Pseudoquistes
- Cistoadenoma seroso
- Neoplasia mucinosa quística
- Neoplasia mucinosa papilar intraductal (IPMN)
- Tumor sólido pseudopapilar
- Tumores con degeneración quística: adenocarcinoma, tumor neuroendocrino.

Conclusiones

Los radiólogos debemos conocer las características por imagen de las lesiones quísticas del páncreas, ya que muchas de ellas corresponden con neoplasias malignas. Su manejo variará desde el tratamiento conservador con controles radiológicos a la resección quirúrgica, en función de los hallazgos radiológicos y la clínica del paciente.

RES0146 RM DINÁMICA DE PELVIS EN EL ESTUDIO DE LA DISFUNCIÓN DEL SUELO PÉLVICO: UNA HERRAMIENTA MUY ÚTIL AL ALCANCE DE NUESTRA M

María Esther Gómez San Martín¹, María Pina Pallín², Alicia Matilla Muñoz², Ana Belén Gil Guerra², María Isabel Jiménez Cuenca², Juan José Fuertes Alija²

¹ Hospital Clínico Universitario Valladolid

² Hospital Clínico Universitario Valladolid Radiodiagnóstico

Objetivo docente

- Revisar de forma detallada la anatomía del suelo pélvico.
- Describir el protocolo de Resonancia Magnética dinámica de pelvis utilizado en nuestro centro para evaluar la debilidad del suelo pélvico.
- Describir los hallazgos patológicos más habituales en el estudio de la disfunción del suelo pélvico.

Revisión del tema

La disfunción del suelo pélvico se define como el descenso anómalo de los órganos pélvicos por debajo de su posición normal en la pelvis.

Es una patología frecuente en mujeres mayores de 50 años; los principales factores de riesgo implicados son la multiparidad, sobrepeso o antecedente de cirugía pélvica.

Los síntomas dependen del compartimento pélvico involucrado. La exploración clínica en muchas ocasiones subestima el grado de afectación y no resulta fiable para caracterizar anomalías en la evacuación, por lo que la RM dinámica se ha convertido en una excelente técnica para evaluar los desórdenes funcionales del suelo pélvico, al permitir una valoración conjunta de los tres compartimentos de la pelvis con una técnica no ionizante y mínimamente invasiva. Proporciona información muy útil sobre el alcance y la gravedad del prolapso de los órganos pélvicos, desempeñando un papel muy importante en la planificación preoperatoria.

Conclusiones

La disfunción del suelo pélvico es una patología frecuente en mujeres mayores de 50 años, con la que ginecólogos, urólogos, cirujanos y radiólogos deben estar familiarizados.

La resonancia magnética (RM) dinámica de pelvis permite la visualización directa de los órganos de la pelvis y sus estructuras de apoyo, y permite valorar la disposición de dichas estructuras en reposo, durante maniobras de esfuerzo y durante la defecación.

RES0147 OBSTRUCCIÓN DE INTESTINO DELGADO: "CHECKLIST"

Cristina Pulido Carmona, Cristina Martín Rodríguez, Aurora Bolívar Puente, José Ignacio Cortés García

Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. Radiodiagnóstico

Objetivo docente

Determinar el papel del radiólogo ante la sospecha de obstrucción de intestino delgado y analizar las principales causas desencadenadas.

nantes de este proceso, el cual tiene unas tasas significativas de morbimortalidad en nuestro medio.

Revisión del tema

Hemos revisado una serie de casos de obstrucción de intestino delgado diagnosticados mediante pruebas radiológicas en nuestro centro en los últimos 5 años. Presentamos los ejemplos más representativos.

La TC con contraste i.v. ha demostrado ser la mejor técnica de imagen ante una sospecha de obstrucción intestinal. Únicamente en algunos casos seleccionados, el contraste oral baritado ha demostrado mayor rentabilidad diagnóstica que los contraste neutros como el agua, que en la mayoría de los casos es suficiente para llegar a un diagnóstico certero.

Cuando el radiólogo se enfrenta ante una prueba de imagen de un paciente con sospecha de obstrucción de intestino delgado, debe ser capaz de responder a las siguientes preguntas:

- ¿Existe obstrucción? ¿Cuál es el grado de obstrucción? ¿A qué nivel está?
- ¿Cuál es la causa? Podemos clasificarlas en extraluminales, parietales e intraluminales.
- Y por último, ¿existen complicaciones tales como isquemia, perforación/absceso u obstrucción en asa cerrada?

Conclusiones

La TC es la mejor técnica de imagen para el estudio de una obstrucción intestinal. El radiólogo tiene un papel importante en los casos de obstrucción de intestino delgado, pues el manejo conservador o quirúrgico del paciente va a depender, en parte, de los hallazgos en las pruebas de imagen. El radiólogo debe ser capaz de responder a una serie de preguntas que serán de utilidad a la hora de decidir la actitud terapéutica.

RES0148 DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO DE LA PANCREATITIS AUTOINMUNE

Miquel Forment Navarro, Cristina La Parra Casado, Julia Cano Gimeno, Pau Montesinos García, Esther Blanco Pérez, Almudena Vera González

Hospital de La Ribera Radiología

Objetivo docente

Revisamos los hallazgos radiológicos en los 6 casos de pancreatitis autoinmune que hemos detectado en nuestro centro hasta la actualidad, haciendo hincapié en los hallazgos que pueden ser útiles para diferenciarla del carcinoma pancreático.

Revisión del tema

El órgano más frecuentemente afectado en la enfermedad relacionada con IgG4 es el páncreas, dando lugar a la llamada pancreatitis autoinmune.

Radiológicamente vamos a distinguir dos formas de presentación, una difusa y otra focal. La forma difusa se caracteriza por un

agrandamiento del páncreas que puede acompañarse de un halo o pseudocápsula y asociar una estenosis del conducto pancreático principal y una alteración de la captación del contraste. La forma focal se presenta como una lesión pancreática sólida con lo que resulta importante realizar un correcto diagnóstico diferencial con el adenocarcinoma pancreático.

En nuestros casos, se observó de forma constante un aumento del tamaño parcial o total de la glándula pancreática que en 4 casos se acompañaba de un halo hipodenso en TC y en 3 casos asociaba una dilatación de la vía biliar. En todos los casos, el parénquima afecto fue hiperintenso en T2 e hipointenso en T1 respecto al parénquima hepático. La captación de contraste fue escasa en la fase pancreática en todos los casos, con posterior captación en fase tardía en 3 de los 6 casos.

En dos casos se identificaban hallazgos más atípicos y que pueden orientar al diagnóstico de carcinoma pancreático: en un paciente existía una estenosis biliar abrupta, sin ducto penetrante y una estenosis de la confluencia esplenoportal, y en otro caso todo el parénquima pancreático estaba alterado excepto un foco nodular de parénquima respetado en cabeza pancreática.

Conclusiones

La pancreatitis autoinmune es una patología infrecuente en la cual el papel del radiólogo es importante para establecer el diagnóstico y diferenciarla del adenocarcinoma pancreático.

RES0149 PÁNCREAS ANULAR: UN HALLAZGO A TENER EN CUENTA

Yasmín El Khatib Ghzal, Pilar Nimar Núñez Vila, Amelia Muñoz Hernández, Daniel Eiroa Gutiérrez, Sonia Benítez Rivero, Violeta Pantoja Ortiz

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Radiodiagnóstico

Objetivo docente

Revisar las características del páncreas anular para saber reconocerlo como hallazgo incidental o asociado a patología.

Revisión del tema

El páncreas anular es una anomalía congénita rara caracterizada por la presencia de tejido pancreático anular rodeando la segunda porción duodenal. Se origina por una rotación incompleta del esbozo ventral pancreático durante el desarrollo embrionario. Puede asociarse a otras anomalías congénitas del tracto gastrointestinal. Según la distribución del parénquima pancreático en torno al duodeno se clasifica en completo o incompleto. Asimismo, se han descrito 6 subtipos de páncreas anular según el lugar de drenaje del conducto anular. Se asocia a páncreas divisum hasta en un 50% de los casos.

Se estima una prevalencia de 5-15 por cada 100.000 adultos, aunque la prevalencia exacta es desconocida, ya que la mayoría de

individuos con páncreas anular son asintomáticos.

La edad de presentación de la clínica depende del grado de obstrucción duodenal, del conducto pancreático o biliar. Durante el periodo neonatal se presenta con intolerancia oral, vómitos y distensión abdominal. En adultos se puede manifestar con dolor abdominal crónico, vómitos, plenitud postprandial, pancreatitis aguda o crónica, ictericia, o hemorragia digestiva por úlcera péptica. El diagnóstico de páncreas anular se establece mediante pruebas de imagen, salvo en neonatos con obstrucción intestinal, cuyo diagnóstico se establece durante la cirugía. Las pruebas indicadas son el tránsito gastrointestinal (estenosis de la 2ª porción duodenal) y la tomografía computarizada, reservando la colangioRM para casos dudosos y la CPRE para casos sospechosos de malignidad.

En los casos sintomáticos se recomienda cirugía mediante bypass del anillo pancreático. Se debe evitar la resección del anillo pancreático, ya que esta técnica se asocia a más complicaciones.

Conclusiones

El páncreas anular es poco frecuente y asintomático en la mayoría de los casos, pero debemos saber identificarlo y tener en cuenta su asociación a patología obstructiva e inflamatoria.

RES0150 RESONANCIA MAGNÉTICA EN EL ESTADIAJE INICIAL DEL CÁNCER GÁSTRICO: ESTADO DEL ARTE

Ana María Carrillo, Sara Sánchez Talavera, Carmen María Escobedo Araque

Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén UGC. Diagnostico por Imagen

Objetivo docente

- Analizar la precisión diagnóstica y utilidad clínica de la RM (resonancia magnética) en el estadiaje inicial del cáncer gástrico
- Revisión bibliográfica actualizada y vías futuras
- Iconografía al respecto

Revisión del tema

La Resonancia Magnética constituye por su ausencia de radiación ionizante, mayor resolución espacial y ausencia de reacción alérgica a contrastes yodados, una herramienta diagnóstica a considerar en nuestro medio como alternativa a TC multicorte en pacientes seleccionados.

Si bien el valor clínico de la RM frente a TC y ecoendoscopia está aún por definir, existen varios ámbitos de estudio que suponen el futuro de la técnica:

Entero-RM ó enteroclisis- RM:

Emplea contraste oral, agente antiperistáltico, y las secuencias ultrarrápidas: Single Shot turbo spin eco, Eco de gradiente. En recientes estudios implementan técnica de alta resolución mediante antena de superficie (estadiaje local gastroesofágico).

La secuencia Difusión:

El papel definitivo de esta secuencia permanece aún en estudio, pero existen

publicaciones recientes que defienden la utilidad del valor ADC como factor pronóstico independiente de la agresividad, su capacidad de aumentar la precisión diagnóstica en la pared gástrica y estadiaje ganglionar, y se investiga la correlación con distintos tipos histológicos.

La perfusión:

La cuantificación de su valor en la evaluación de la pared tumoral gástrica podrá ser de utilidad como factor diagnóstico y con posible valor pronóstico.

La espectroscopia:

Permitirá tener acceso a una comprensión de la patología, pronóstico y diagnóstico de la enfermedad tumoral gástrica.

Algoritmo del caos estimado aplicado al cáncer gástrico:

El uso de modelos dinámicos no lineales en RM tiene gran impacto con la génesis y desarrollo tumoral.

Conclusiones

- La resonancia magnética constituye una herramienta diagnóstica prometedora en el estadio de extensión del cáncer gástrico
- Es necesario proseguir y ampliar líneas de investigación (perfusión, difusión, espectroscopia,..) para aumentar la precisión diagnóstica y correlacionar con otras técnicas funcionales

RES0151 EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA DE LOS HEMATOMAS ESPONTÁNEOS DE LA PARED ABDOMINAL

María Carmen Ojados Hernández, Laura Abenza Oliva, Luis Alemañ Romero, José García Medina, María Francisca Cegarra Navarro, Plácida Alemán Díaz

Hospital Universitario Reina Sofía. Radiología

Objetivo docente

Analizar la forma de presentación, causas, diagnóstico y tipos de tratamiento de los pacientes que presentan hematomas espontáneos de la pared abdominal.

Revisión del tema

El hematoma espontáneo de la pared abdominal es una causa infrecuente de dolor abdominal, representando menos del 2% del total de las urgencias abdominales. La presentación más frecuente es en mujeres de edad avanzada en tratamiento anticoagulante.

En los hematomas espontáneos no existe un traumatismo directo responsable sino que existen una serie de factores predisponentes que condicionan su aparición.

Suelen presentarse como dolor abdominal o como una masa

palpable. La mayoría de estos hematomas son autolimitados, es decir, se resuelven con tratamiento conservador. No obstante, en un porcentaje de pacientes se requerirá tratamiento quirúrgico o endovascular. Revisamos las indicaciones de tratamiento conservador y quirúrgico.

El diagnóstico del hematoma de pared es mayoritariamente clínico pero precisa de una técnica de imagen para confirmar el diagnóstico. La ecografía abdominal y el angio-TC son las técnicas diagnósticas iniciales. Posteriormente, si se demuestra sangrado activo en el angio-TC estaría indicado realizar una arteriografía en el caso de que se vaya a realizar una embolización selectiva.

Conclusiones

El hematoma de la pared abdominal más frecuente es el de causa traumático, siendo el hematoma espontáneo una causa poco frecuente y que se asocia a ciertos factores predisponentes. Este grupo de pacientes precisa de una prueba de imagen que confirme el diagnóstico, y descarte sangrado activo en aquellos pacientes en los que sospeche clínicamente. La mayoría de estos hematomas son autolimitados, controlándose con tratamiento conservador, sin embargo en otras ocasiones es preciso realizar tratamiento quirúrgico o endovascular.

RES0152 MANEJO RADIOLÓGICO DEL INCIDENTALOMA SUPRARRENAL. UNA REVISIÓN DE NUESTROS CASOS.

María Carmen Ojados Hernández, Laura Abenza Oliva, María Carrillo García, María Francisca Cegarra Navarro, Luis Alemañ Romero, Plácida Alemán Díaz

Hospital General Universitario Reina Sofía. Radiología

Objetivo docente

Describir los tipos de patología que se detectan de forma incidental en la glándula suprarrenal, así como las diferentes técnicas de imagen y de laboratorio que permiten caracterizar dichas lesiones. Para ello revisamos los casos de nuestro servicio de incidentaloma suprarrenal y presentamos aquellos más representativos.

Revisión del tema

El envejecimiento progresivo de la población y el aumento de la demanda de pruebas radiológicas ha llevado a detectar un mayor número de lesiones adrenales incidentales. Hasta en el 4% de los TC abdominales realizados por otro motivo detectan una lesión suprarrenal. La mayoría de estas lesiones son lesiones benignas, siendo la más frecuente el adenomas no funcionante. Las técnicas de imagen (ecografía, TC, RM,...) son capaces, en la mayor parte de estos casos, de caracterizar estas lesiones, permaneciendo indeterminadas solo un pequeño porcentaje. Las pruebas clínicas y de laboratorio son también fundamentales para ayudar a caracterizar estas lesiones, puesto que es preciso descartar que la lesión sea funcionante. Las pruebas de imagen junto con las pruebas de laboratorio nos ayudará a orientar el manejo terapéutico de estas lesiones.

Conclusiones

La incidencia del incidentaloma suprarrenal ha aumentado en los últimos años debido al aumento de pruebas diagnósticas realizadas y al aumento de la supervivencia de la población. Existen unos algoritmos diagnósticos que nos ayudarán a caracterizar la mayoría de estas lesiones y a orientar el manejo terapéutico de los mismos. Analizamos los casos de incidentaloma suprarrenal de nuestro servicio y exponemos los casos más representativos.

RES0153 FIBROSIS RETROPERITONEAL. UNA REVISIÓN DE CASOS.

María Carmen Ojados Hernández, Laura Abenza Oliva, María Carrillo García, María Jesús Fernández Ferrando, María del Carmen Gutiérrez Sánchez, Plácida Alemán Díaz

Hospital General Universitario Reina Sofía. Radiología

Objetivo docente

- Describir las características epidemiológicas, patogenia y las características clínicas de la fibrosis retroperitoneal.
- Analizar el enfoque diagnóstico de la fibrosis retroperitoneal, pruebas de laboratorio y técnicas de imagen.

Revisión del tema

La fibrosis retroperitoneal engloba un conjunto de enfermedades caracterizadas por la proliferación de tejido fibroinflamatoria aberrante, que típicamente se dispone rodeando la porción infrarrenal de la aorta abdominal, la vena cava inferior extendiéndose hasta los vasos ilíacos. Esta fibrosis puede extenderse a estructuras vecinas, produciendo complicaciones, siendo la más frecuente la obstrucción de los uréteres desembocando en insuficiencia renal.

La forma de fibrosis retroperitoneal más frecuente es la idiopática, donde se desconce la causa. El resto de casos son secundarios a otras enfermedades (procesos tumorales, fármacos,...). Son más frecuentes las formas benignas, aunque existen formas malignas con un mal pronóstico y una supervivencia menor a 6 meses.

El diagnóstico de esta entidad es difícil, ya que los síntomas y las pruebas de laboratorio son inespecíficos. El diagnóstico suele ser tardío, con frecuencia después de haber provocado alguna complicación, frecuentemente la insuficiencia renal grave. Las pruebas de imagen son el pilar fundamental para el diagnóstico de la fibrosis retroperitoneal.

Conclusiones

La fibrosis retroperitoneal es una enfermedad infrecuente. La mayoría de los casos son idiopáticos y de características benignas, pero un porcentaje de casos tendrá un mal pronóstico. El diagnóstico será tardío en la mayoría de los casos, como consecuencia de alguna complicación por la compresión de estructuras vecinas. Revisamos los casos de fibrosis retroperitoneal de nuestro servicio y analizamos la forma de presentación y describimos los hallazgos por imagen de la fibrosis retroperitoneal.

RES0154 "RESONANCIA MAGNÉTICA EN ENFERMEDAD DE CROHN: ACTUALIZACIÓN BIBLIOGRÁFICA Y ESPECTRO DE PATOLOGÍA"

Ana María Carrillo¹, Ana Milena², Carmen Martínez Huertas³, Margarita Jiménez López³, María Gracia Arrebola Pascual³

¹ Colmenero UGC Diagnostico por Imagen

² Muñoz UGC Diagnostico por Imagen

³ Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén UGC Diagnostico por Imagen

Objetivo docente

- Valoración radiológica mediante resonancia magnética (enteroRM)
- Análisis de las principales complicaciones y su diagnóstico diferencial
- Revisión bibliográfica
- Iconografía de nuestro Hospital

Revisión del tema

La enfermedad de Crohn es una enfermedad inflamatoria intestinal crónica, que afecta frecuentemente a pacientes jóvenes, vulnerables a riesgos asociados a radiaciones ionizantes. Las técnicas de imagen constituyen medios objetivos de control.

Valoración radiológica:

1. Valoración de pared intestinal:
 - » 1.1 Engrosamiento
Signo indicativo de afectación inflamatoria; con baja correlación entre el grosor parietal y la actividad inflamatoria.
 - » 1.2 Grado de realce
Mayor en segmentos patológicos; útil para identificar la afectación segmentaria con elevada especificidad.
 - » 1.3 Patrón de realce
Existen varios patrones de realce parietal; el realce en capas y realce mucoso aparecen en fases tempranas.
 - » 1.4 Hiperintensidad señal T2
Existe buena correlación entre hiperintensidad de señal T2 en asas afectas y actividad inflamatoria.
 - » 1.5 Alteraciones mucosas
Las alteraciones mucosas inicialmente superficiales, no valorables por RM.
 - » 1.6 Distensibilidad y peristalsis
Entero-RM es capaz de diferenciar las posibles causas y grados de obstrucción intestinal.
2. Hallazgos extraparietales
 - » 2.1 Tejido fibrograso mesentérico
La hipertrofia de dicho tejido puede estar presente en casos de enfermedad activa ó inactiva.
 - » 2.2 Vascularización mesentérica
El "signo del peine" tiene alta sensibilidad diagnóstica para detección de enfermedad activa, pero baja especificidad
 - » 2.3 Realce ganglionar

El aumento de realce y su tamaño requieren más estudios investigadores

» 2.4 Otros hallazgos

La aparición de abscesos o fístulas activas, es muy específica para determinar actividad inflamatoria. Nuestras principales complicaciones fueron fístulas pélvicas y obstrucción.

Conclusiones

- La enteroRM constituye herramienta de diagnóstico fundamental en valoración transmural y complicaciones asociadas a la enfermedad de Crohn.
- Las principales ventajas de la enteroRM son: ausencia de radiación ionizante y similar precisión diagnóstica al TC.
- Nuestras principales complicaciones registradas fueron: fistulización y obstrucción.

RES0155 AFECTACION HEPATICA EN LAS CILIOPATIAS

Ane Ibáñez Zubiarraín¹, María Isusi Fontán², Gonzalo Lecumberri Cortés², María Victoria Barcena Robredo², Marta Pérez Bea², Eider Alcalde Odrizola²

¹ Hospital Universitario de Basurto Bizkaia

² Hospital Universitario de Basurto Radiodiagnostico

Objetivo docente

La mayoría de enfermedades que se manifiestan como patología fibroquística hepática están causadas por defectos en las proteínas ciliares.

La enfermedad hepática fibroquística incluye las enfermedades del hígado, originadas por la malformación de la placa ductal. Este grupo incluye los Hamartomas biliares, Enfermedad de Caroli, Quiste del Colédoco, Enfermedad Poliquistica Autosómica Dominante y Fibrosis Hepática Congénita

El objetivo del trabajo es conocer estas entidades y los hallazgos radiológicos en las diferentes pruebas de imagen.

Revisión del tema

Los cilios están presentes en casi todas las células polarizadas del organismo; sus alteraciones afectan a múltiples órganos.

Existen 2 tipos:

- Cilios móviles que intervienen en epitelio respiratorio, fertilidad ...;
- Cilios primarios o sensoriales, antenas que relacionan las células con el exterior, cruciales en la proliferación y diferenciación celular.

Intervienen en el desarrollo de los ductos del riñón y del hígado. Su alteración en el hígado causa la malformación de la placa ductal.

La placa ductal grupo de células cilíndricas que rodean a una rama portal. Los conductos biliares se forman por la remodelación e involución de estas placas. En las malformaciones ductales la involución es anómala. Se producen diferentes trastornos según

el momento de la alteración.

En la fibrosis hepática congénita y la hamartomatosis biliar hay alteración de los pequeños ductos biliares interlobares.

La enfermedad poliquistica autosómica dominante corresponde a la malformación de los ductos biliares intrahepáticos de mediano tamaño, muy relacionada con la forma adulta de la enfermedad renal poliquistica.

La enfermedad de Caroli, alteración de los ductos biliares de gran tamaño

Los quistes de colédoco, alteración de los ductos biliares extrahepáticos.

Conclusiones

Las enfermedades fibroquísticas hepáticas, entidades con base genética, están causadas por una ciliopatía que altera la placa ductal.

Son un grupo de enfermedades con hallazgos muy variados en las pruebas de imagen que el radiólogo debe identificar para llegar a diagnóstico

RES0160 COLANGITIS ESCLEROSANTE PRIMARIA. HALLAZGOS POR RESONANCIA MAGNETICA

Ane Ibáñez Zubiarrain, María Victoria Barcena Robredo, Gonzalo Lecumberri Cortés, Eider Alcalde Odriozola, Marta Pérez Bea

Hospital de Basurto. Radiología

Objetivo docente

Evaluar mediante RM los hallazgos colangiográficos y hepáticos en pacientes con colangitis esclerosante primaria (CEP).

Revisión del tema

La CEP es una enfermedad crónica de origen autoinmune caracterizada por inflamación, destrucción y fibrosis de los conductos biliares intra y extrahepáticos.

Ocurre en hombres jóvenes y existe una fuerte asociación con la enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

La colangio RM se considera el primer estudio a realizar en la CEP demostrando las alteraciones típicas en el árbol biliar.

El hallazgo colangiográfico más frecuente en un 75% es la dilatación de los conductos biliares intrahepáticos y extra hepáticos, la presencia aislada de conductos intrahepáticos dilatados se da en un 15% y menos común es la afectación aislada de conductos extrahepáticos que se da en un 10%.

Los estadios precoces de la enfermedad se caracterizan por estenosis irregulares multifocales que alternan con conductos normales, lo que da un aspecto en "collar de perlas".

En estadios avanzados a nivel de la vida biliar la inflamación y fibrosis periductal progresa condicionando destrucción de los conductos y observando conductos intrahepáticos dilatados sin

ramas colaterales dilatadas dando el aspecto de un árbol biliar periférico seccionado o "poda"

Se debe completar la exploración con secuencias T1 y T2 y tras contraste para evaluar los cambios en las paredes de los conductos y el parénquima hepático. Los conductos extrahepáticos revelan engrosamiento parietal mayor de 2mm y realce. Entre las anomalías hepáticas se observan áreas cuneiformes periféricas hiperintensas en T2 que captan contraste y cambios morfológicos propios de hepatopatía hipertrofia del lóbulo caudado, cirrosis macronodular y edema periportal.

El colangiocarcinoma es la complicación más importante se da en 10-15% de los pacientes.

Conclusiones

La ColangioRM es la técnica de elección en pacientes con sospecha de CEP permitiendo evaluar la enfermedad, progresión y detectar complicaciones.

La valoración hepática permite orientar hacia el grado de cirrosis.

RES0161 COMPLICACIONES VASCULARES DE LA PANCREATITIS

Ana Oliva Martí, Ady Mildred Viveros Castaño, Maribel Cugat Gimeno, Marta Herrero Redondo, Esther García Rodríguez, Greicy Muniz Da Silva

Hospital de Tortosa Verge de la Cinta. Radiodiagnóstico

Objetivo docente

Describir los principales hallazgos radiológicos de las complicaciones vasculares de la pancreatitis, ya que aunque son entidades poco frecuentes pueden llegar a ser graves, resultando por tanto fundamental su diagnóstico precoz e instauración del tratamiento adecuado.

Revisión del tema

La pancreatitis es un cuadro clínico habitual en cualquier centro hospitalario, y aunque muchas veces cursa de forma favorable, pueden aparecer complicaciones que ensombrecen el pronóstico del paciente. Las más frecuentes son la formación de colecciones o pseudoquistes pancreáticos, pero también pueden desarrollarse otro tipo de complicaciones más atípicas, como son las vasculares. Destacan dentro de este grupo la formación de aneurismas en arterias adyacentes al territorio pancreático, la hemorragia intraquistica, la hemorragia intra o retroperitoneal, o también el desarrollo de trombosis venosas. Las técnicas de imagen como el TC o la ecografía abdominal permiten un diagnóstico rápido ante la sospecha clínica de estas complicaciones.

Conclusiones

Las complicaciones vasculares de la pancreatitis son poco frecuentes pero a tener en cuenta dado la alta mortalidad que conllevan. Las técnicas de diagnóstico por imagen juegan un papel fundamental en su correcto diagnóstico y manejo.

RES0164 ROL DEL RADIÓLOGO EN EL MANEJO DEL TRAUMATISMO ABDOMINAL CERRADO.

Sonia Francisca Pozo González, Roberto Domingo Tabernero Rico, Isabel Alonso Diego, Juan Chaviano Grajera, Susana Gallego García, José Martín Marín Balbín

Complejo Asistencial de Zamora. Radiodiagnóstico

Objetivo docente

- Describir la clasificación radiológica según la severidad de las lesiones de órganos sólidos secundarias a traumatismos abdominales cerrados.
- Conocer el manejo posterior (quirúrgico o actitud expectante) de las lesiones de vísceras sólidas según sus características radiológicas y/o estabilidad del paciente.

Revisión del tema

El traumatismo abdominal cerrado es una emergencia quirúrgica. Sus causas principales son secundarias a accidentes de tráfico (causa más frecuente), pero también por accidentes laborales y precipitados. En general, constituyen el 10% de todas las muertes por traumatismo.

El mecanismo de lesión es debido a fuerzas de compresión y de desaceleración. Los órganos más frecuentemente afectados son el bazo (40%), hígado (25%), riñones (10%) y páncreas (7%).

El traumatismo abdominal cerrado y las lesiones de órganos sólidos se pueden clasificar mediante escalas como la de la AAST entre otras, que describen los hallazgos radiológicos de menor a mayor gravedad.

Actualmente, la tendencia en el manejo de estos pacientes es la actitud expectante frente a la laparotomía exploradora, en especial en los casos de pacientes hemodinámicamente estables, reservando la cirugía en aquellos que no remontan con sueroterapia. Por el motivo anterior, el rol del radiólogo ha sido fundamental, gracias a la valoración radiológica mediante TAC de los pacientes con traumatismo abdominal cerrado, para la gradación según severidad y el posterior manejo diagnóstico-terapéutico.

Conclusiones

El papel del radiólogo es fundamental para el diagnóstico y la gradación de las lesiones de órganos sólidos secundarias a traumatismo abdominal cerrado.

El diagnóstico rápido y preciso permite una actitud expectante en muchos casos (mediante una valoración conjunta clínico-radiológica), mejorando la tasa de supervivencia global, de sepsis intraabdominal y de transfusiones.

RES0165 ¿DEBEMOS FIJARNOS EN EL BAZO? PAPEL DE LA RADIOLOGÍA EN LA PATOLOGÍA ESPLÉNICA.

Roberto Domingo Tabernero Rico, Sonia Francisca Pozo González, Bianca Prieto Hernández, Sara Higuero Hernando, Manuel Ángel Martín Pérez, José Martín Marín Balbín

Complejo Asistencial de Zamora. Radiodiagnóstico

Objetivo docente

- Conocer la patología esplénica, tanto primaria como secundaria, así como el enfoque diagnóstico-terapéutico.
- Describir los hallazgos radiológicos de la patología del bazo en las diferentes técnicas de imágenes diagnósticas (ecografía, TC y RM).

Revisión del tema

La patología esplénica se puede clasificar según su causa o las características radiológicas. En este texto expondremos casos de patología esplénica clasificada desde un punto de vista etiológico: patología traumática, inflamatoria/ infecciosa, vascular, hematológica no tumoral, tumoral (primaria o secundaria) y otras lesiones (miscelánea).

La ecografía abdominal sigue siendo la herramienta básica en el estudio de las lesiones esplénicas, realizando el diagnóstico con bastante fiabilidad. La Tomografía computarizada (TC) permite visualizar el órgano con mayor resolución y la adquisición de reconstrucciones multiplanares. Por su parte la resonancia magnética (RM) es el estudio de referencia para el diagnóstico de ciertas lesiones esplénicas. Todo esto permite un diagnóstico más precoz y certero.

Las lesiones esplénicas son la evolución natural de varias patologías de importancia clínica. En la literatura se describen tres grupos de pacientes dependiendo de su sintomatología y el conocimiento o no de enfermedad maligna previa, lo que permite enfocar la etiología en función de las características del paciente. Sin embargo, a pesar de esto, el bazo continúa siendo un órgano tradicionalmente infravalorado.

Conclusiones

Tradicionalmente, el bazo no ha sido considerado un desafío diagnóstico, salvo en pacientes politraumatizados. No obstante, es afectado por gran variedad de condiciones.

La mayoría de las lesiones esplénicas suelen ser detectadas de forma incidental, siendo indispensable para el radiólogo poder plantear un correcto diagnóstico diferencial en cada caso, en función del comportamiento de la lesión y del contexto clínico del paciente.

Los US y el TC son los métodos de imagen más utilizados para su estudio. Sin embargo, la RM ha aumentado su papel en la detección y caracterización de las lesiones esplénicas.

Radiología Abdominal