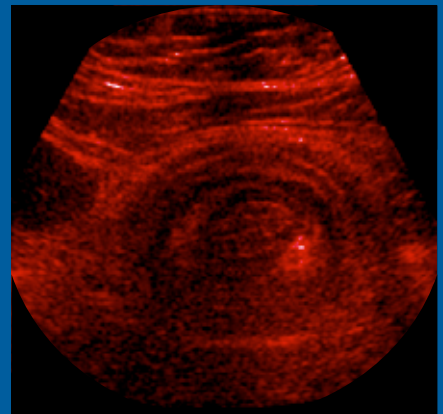
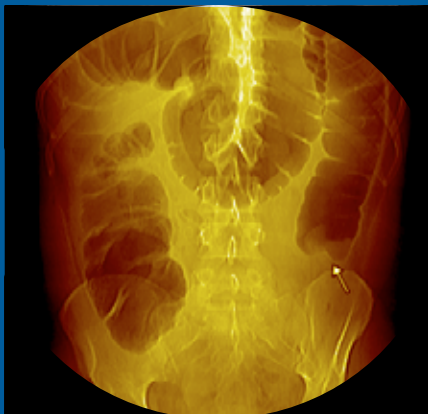
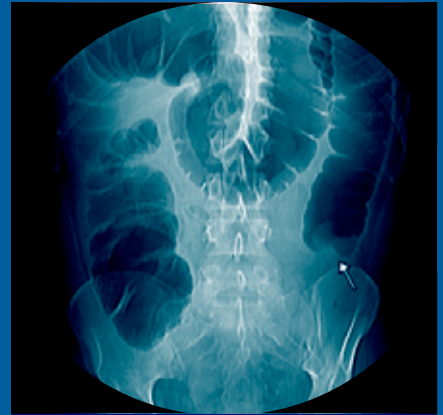
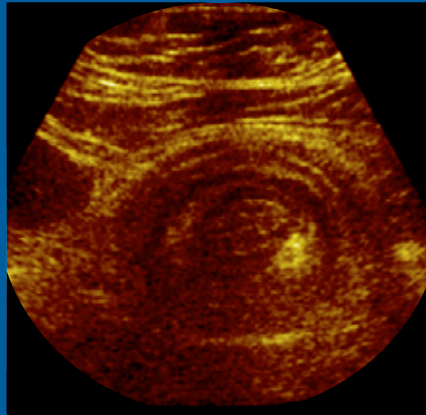
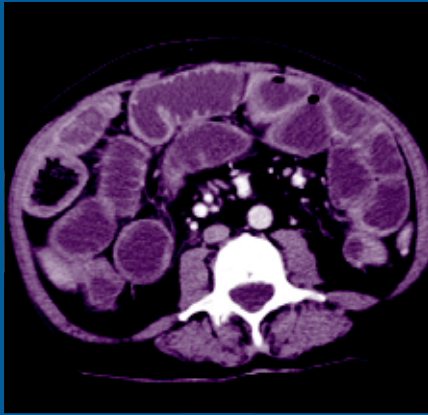


# Radiología Abdominal

Revista Oficial de la **SEDIA**

Volumen 18 • N.º 1 • 2018



XVIII Congreso de la SEDIA  
RADIOLOGÍA DEL TUBO DIGESTIVO  
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](http://www.sedia.es)

# Editorial:

Estimados colegas,

Los días 25 y 26 de octubre de 2018 hemos celebrado el XVIII Congreso de la Sociedad Española de Diagnóstico por Imagen del Abdomen en la ciudad de Girona, dedicado a la Radiología del Tubo Digestivo.

Este nuevo número de la revista contiene los resúmenes de las ponencias y comunicaciones orales presentadas en el congreso.

Durante el primer día del congreso se realizó una actualización de la patología tumoral esofágica y gástrica, tanto benigna como maligna, desde un enfoque multidisciplinar y con aportaciones de informes estructurados. Asimismo, se expusieron los procesos intestinales agudos, como la isquemia y hemorragia intestinal, y se mostraron las indicaciones de la RM en procesos abdominales agudos. La patología abdominal en pediatría tiene unas características propias, que fueron descritas de forma práctica para radiólogos abdominales no dedicados al paciente pediátrico. El ponente extranjero invitado cerró las ponencias con dos temas de gran interés práctico: la radiología de las complicaciones posquirúrgicas y la enfermedad fistulizante perianal.

El segundo día comenzó con un bloque multidisciplinar sobre el cáncer colorrectal, que incluyó una puesta al día del diagnóstico y estadificación del cáncer de recto, incluyendo su informe estructurado, se expuso la valoración de la respuesta al tratamiento neoadyuvante con RM y la utilidad de los biomarcadores de imagen, concluyendo con una ponencia sobre los últimos avances en cirugía colorrectal. El segundo bloque de ponencias cursó sobre la patología inflamatoria intestinal, incluyendo la enfermedad de injerto contra huésped, así como la valoración ecográfica y el uso del contraste ecográfico en la enfermedad intestinal. Este segundo día se cerró con dos interesantes ponencias prácticas sobre las posibles causas de error radiológico en la patología del tubo digestivo.

En este congreso se presentó un elevado número de comunicaciones orales y presentaciones electrónicas con un gran contenido científico.

Esperamos que la lectura de los resúmenes os sea de ayuda en vuestra práctica clínica diaria y os anime a descubrir nuevas líneas de investigación. Asimismo, deseamos contar con vuestra presencia en el próximo congreso de SEDIA, que se celebrará los días 24 y 25 de octubre en el Rectorado Universitario de Córdoba.

**Dr. Carlos Casillas Meléndez**  
Presidente XVIII Congreso SEDIA  
Vice-Presidente SEDIA

# Resúmenes:

## XVIII Congreso de la SEDIA

### RADIOLOGÍA DEL TUBO DIGESTIVO

## PATOLOGÍA TUMORAL ESÓFAGO Y ESTÓMAGO

### TUMORES BENIGNOS DE ESÓFAGO Y ESTÓMAGO

*Beatriz Consola Maroto*

Los tumores benignos de esófago y estómago que tienen relevancia clínica son poco frecuentes. Los localizados en esófago constituyen el 1% (aunque en estudios postmortem representan el 20% de las neoplasias esofágicas) y los de localización en estómago constituyen sólo el 5-10% de todos los tumores gástricos.

Habitualmente son de pequeño tamaño, asintomáticos y suelen ser un hallazgo incidental en estudios radiológicos o endoscópicos. En ocasiones pueden ser voluminosos y/o causar síntomas. La clínica dependerá del tamaño del tumor, ubicación y las complicaciones derivadas: disfagia, dolor retroesternal o regurgitación en caso de tumores esofágicos y hemorragia (aguda o crónica), dolor abdominal o pérdida de peso en caso de tumores gástricos.

Las lesiones no-epiteliales se conocen comúnmente como "submucosas"; sin embargo, este término puede conducir a confusión dado que estas lesiones no necesariamente se originan en la submucosa.

Radiológicamente, en estudios baritados aparecen como lesiones intramurales o masas intraluminales sin ulceración. En estudios seccionales (tomografía computarizada y resonancia magnética) no presentan signos de invasión regional, afectación adenopática ni metástasis a distancia.

#### TUMORES BENIGNOS DE ESÓFAGO

##### Epiteliales

- Papiloma

##### Subepiteliales

- Leiomioma
- Tumor de células granulosas o tumor de Abrikossof
- Quistes broncogénicos
- Dilatación quística de las glándulas esofágicas
- Pólipo fibroinflamatorio o fibrovascular
- Duplicación esofágica
- Hemangiomas y linfangiomas
- Lipomas
- Schwannomas y neurofibromas

##### Otros / Lesiones tumor-like

#### TUMORES BENIGNOS DE ESTÓMAGO

##### Epiteliales

- Pólipos hiperplásicos
- Pólipos adenomatosos

##### Origen mesenquimal

- Leiomioma
- Leiomioblastoma

##### Origen neurogénico

##### Origen vascular

##### Lipoma

##### Otros

- Pseudotumor inflamatorio
- Pólipos en síndrome de Peutz Jegher
- Tumores quísticos
- Tejido aberrante pancreático

El leiomioma es el más frecuente de los tumores esofágicos benignos. Se muestra como una masa intramural homogénea, ocasionalmente con calcificaciones, de bordes bien definidos y realce homogéneo tras la administración de contraste. El quiste de duplicación es la segunda lesión más común y tiene las características radiológicas típicas de lesión quística en todas las modalidades.

Los pólipos hiperplásicos son los más frecuentes en el estómago. Aparecen como lesiones polipoideas de contornos lisos, sésiles o pediculados, usualmente menores a 2 cm.

La ecoendoscopia, estudios baritados y seccionales son medios que suelen permitir realizar un diagnóstico de presunción.

El diagnóstico definitivo es histológico, obtenido habitualmente por biopsia endoscópica o excisión quirúrgica. Aunque estas lesiones son benignas, algunas de ellas tienen potencial de malignización.

La conducta a seguir es muy variable: desde abstención terapéutica a extirpación endoscópica o quirúrgica.

A pesar de su baja frecuencia, el radiólogo debe conocer las características de las neoplasias benignas esofagogástricas, puesto que representa un papel importante en su detección, diagnóstico y planificación terapéutica.

## TUMOR MALIGNO DE ESÓFAGO. INFORME ESTRUCTURADO

*Laura Paredes Velázquez*

El cáncer de esófago es un tumor de comportamiento agresivo que suele diagnosticarse en estadios avanzados.

Es importante determinar con precisión el estadio clínico inicial para realizar una correcta elección y planificación del tratamiento. Para ello utilizamos la clasificación TNM que ha sido revisada recientemente en la 8ª edición (AJCC/UICC) de estadificación de cánceres epiteliales del esófago y de la unión esofagogástrica, publicada en 2017 que presenta clasificaciones separadas para los grupos de estadio clínico (cTNM), patológico (pTNM) y postneoadyuvante (ypTNM). En esta última edición la definición de la localización ha cambiado desde la posición del borde superior del cáncer (7ª edición) hasta su epicentro y se ha redefinido el cáncer de la unión esofagogástrica.

La estadificación clínica (cTNM) del cáncer de esófago y de la unión esofagogástrica ya desde la 7ª edición es un proceso multidisciplinar en el que intervienen el radiólogo, determinando las características anatómicas del tumor con las técnicas de imagen, el patólogo, determinando las características no anatómicas (tipo y grado histológico) y el digestólogo que mediante la endoscopia realiza la biopsia y determina la localización del tumor. La TC es la prueba de elección en la valoración inicial de los pacientes diagnosticados de cáncer de esófago. Si fuera necesario nos podremos apoyar en otras técnicas de imagen como la ecoendoscopia, la PET-TC y la RM.

Para realizar una estadificación clínica inicial precisa los radiólogos deben de conocer las limitaciones de cada técnica de imagen y realizar informes claros y concisos.

Es importante por lo tanto incluir en la práctica diaria un informe estructurado que contenga la información necesaria que permita al comité multidisciplinar realizar una correcta elección y planificación del tratamiento. En el informe estructurado se incluye la localización del epicentro, que se determina a partir de las medidas del borde superior e inferior, que también nos proporcionan la longitud del tumor, la profundidad de la invasión local por el tumor primario (cT) determinando si un tumor es irresecable (cT4b), el grado de compromiso de los ganglios linfáticos (cN) y la presencia o ausencia de metástasis a distancia (cM).

La estadificación clínica del cáncer de esófago está limitada por la resolución de cada método de imagen. Los hallazgos citológicos o histopatológicos pueden complementar las imágenes. Es importante incluir en la práctica diaria un informe estructurado que contenga la información necesaria que permita al comité multidisciplinar realizar una correcta elección y planificación del tratamiento inicial.

## Bibliografía

- J. Encinas de la Iglesia, M.A. Corral de la Calle, G.C. Fernández Pérez, et al. Cáncer de esófago: particularidades anatómicas, estadificación y técnicas de imagen. *Radiología*. 2016; 58 (5): 352-365.
- Su Jin Hong, Tae Jung Kim, Kyung Bum Nam, et al. New TNM Staging System for Esophageal Cancer: What Chest Radiologists Need to Know. *RadioGraphics* 2014; 34: 1722-1740.
- Thomas W. Rice, Deepa T. Patil, Eugene H. Blackstone. 8th edition AJCC/UICC staging of cancers of the esophagus and esophagogastric junction: application to clinical practice. *Ann Cardiothorac Surg*. 2017 Mar; 6 (2): 119-130.

## PAPEL DE LA ENDOSCOPIA EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE ESÓFAGO

*David Martínez Ares*

La endoscopia y la ultrasonografía endoscópica (USE) son herramientas clave en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de esófago, tanto el carcinoma escamoso, como el adenocarcinoma esofágica (sobre esófago de Barrett).

### Neoplasias avanzadas

El diagnóstico de neoplasias avanzadas, usualmente en pacientes sintomáticos, exige de la realización de una endoscopia oral. Es mandatorio una correcta descripción de la lesión, refiriendo la morfología, tamaño, y características de la lesión, así como el grado de estenosis que provoca y la localización exacta de la misma, con grandes implicaciones en el plan terapéutico posterior. Es de gran importancia el describir con precisión su localización en el esófago así como su relación con el cardias. Adicionalmente, la endoscopia es la vía de elección para la obtención de muestras de biopsia para la confirmación histológica del diagnóstico.

Para poder ofrecer a cada paciente el tratamiento más adecuado es imprescindible una correcta estadificación de la lesión. La ecoendoscopia es la técnica más precisa para la estadificación local (T) y para el diagnóstico de la extensión linfática (N). Es especialmente relevante en este aspecto la posibilidad de realizar punciones ecoguiadas de las adenopatías mediastínicas, muy frecuentes en los pacientes portadores de cáncer de esófago y no siempre relacionadas con esta patología. Se trata de pacientes fumadores, con broncopatías crónicas, en los que la presencia de adenopatías mediastínicas es la normal. Estudios ya antiguos muestran como la adición de la punción de las adenopatías al estudio de imagen nos permite alcanzar cifras de sensibilidad y especificidad por encima del 90%. No obstante, la presencia de neoplasias estenosantes que no permiten el paso del endoscopio, es una de las grandes limitaciones para la estadificación precisa de las lesiones mediante ecoendoscopia, ya que nos impide el estudio de la lesión en toda su extensión.

### Neoplasias precoces

En las neoplasias precoces esofágicas (tanto en el carcinoma epidermoide, como en el adenocarcinoma esofágico, asentado sobre esófago de Barrett), la endoscopia es esencial en el diagnóstico. Estas lesiones, especialmente en el caso del esófago de Barrett, son detectadas en exploraciones realizadas en protocolos de vigilancia de pacientes en riesgo.

La detección de estas lesiones se basa en la detección de pequeñas alteraciones en la coloración de la mucosa, de los patrones mucosos de superficie y de los patrones vasculares, que se pueden poner de manifiesto gracias al empleo de endoscopia de alta definición, complementada con técnicas de cromoendoscopia convencional o cromoendoscopia virtual. Adicionalmente, la endoscopia nos permite la resección de las lesiones, curativa en algunos casos o diagnóstica en otros, facilitando la estadificación más precisa posible de las lesiones tras el estudio anatómopatológico.

### TUMOR MALIGNO DE ESTÓMAGO. INFORME ESTRUCTURADO

*Elena Parlorio de Andrés*

El adenocarcinoma gástrico (AG) es el cuarto cáncer en frecuencia en el mundo, y la segunda causa de muerte por cáncer. La incidencia es mayor en Asia y en algunos países de Sudamérica. Si bien en los países occidentales está disminuyendo la incidencia del AG distal, está aumentando el AG de la unión esofagogástrica (UEG) y del cardias, que además tienen peor pronóstico.

El AG precoz se trata mediante endoscopia o cirugía, y tiene una supervivencia superior al 90% a los 5 años. El pronóstico del AG avanzado es malo, con una supervivencia inferior al 20% debido a que las recaídas son frecuentes, y su único tratamiento es la resección completa del tumor con bordes negativos (R0) asociada a la disección ganglionar extendida. Hoy día están en auge las técnicas terapéuticas menos invasivas, como son la resección mucosa endoscópica, la disección submucosa endoscópica, y la resección gástrica laparoscópica. Por otro lado, el tratamiento neoadyuvante prequirúrgico se ha establecido como tratamiento estándar en los pacientes con AG avanzado, por su potencial para vencer las altas tasas de recurrencia. Por tanto, es crucial una estadificación prequirúrgica exacta para establecer estrategias terapéuticas y evaluaciones pronósticas.

El sistema de estadificación TNM de la American Joint Committee on Cancer (AJCC) agrupa a los pacientes en estadios, y guía al especialista en la elección del tratamiento óptimo. En la 8ª edición publicada en el año 2017 hay cambios importantes respecto a la anterior: a) nuevo límite anatómico en la clasificación de los tumores de la unión esofagogástrica, b) se ofrece, aparte de la clasificación anatómopatológica o pTNM, una clasificación clínica o cTNM que guía la elección del tratamiento y el

pronóstico inicial, y una clasificación anatómopatológica tras el tratamiento neoadyuvante (pyTNM); c) modificaciones en el grupo de estadificación anatómopatológica; d) subclasificación N3.

Las técnicas de imagen que se emplean en la estadificación cTNM son la TC, ecoendoscopia y PET-TC. La TC es la técnica radiológica de elección. La RM sólo se utiliza para resolver dudas diagnósticas. Es importante la elaboración de un informe estructurado radiológico (IER) que favorezca la comunicación con otros especialistas. El IER ha de incluir datos pronósticos como son la profundidad de la invasión de la pared (T), la afectación ganglionar (N), la presencia o no de metástasis (M), y otros datos como la localización y, el tamaño tumoral. El abordaje del paciente ha de ser multidisciplinar, tanto durante el proceso diagnóstico como terapéutico.

### RM DE ABDOMEN. SUPERANDO LOS RETOS EN VELOCIDAD Y CALIDAD

*Gerard Blasco*

A lo largo de la sesión se mostrarán las más recientes novedades para el estudio de la patología abdominal mediante RM. El manejo avanzado del espacio k mediante técnicas iterativas ya permite la reducción de los tiempos de adquisición de manera drástica y/o aumentando la calidad de imagen. Así mismo, nuevos métodos de sincronización respiratoria y de reducción del movimiento van a minimizar los artefactos y la repetición de secuencias. Finalmente se mostrarán los avances tecnológicos orientados a mejorar la seguridad, el confort y la satisfacción del paciente sometido a una RM.

### PATOLOGÍA INTESTINAL AGUDA

#### ISQUEMIA Y HEMORRAGIA INTESTINAL

*Alicia Mesa Álvarez*

##### La isquemia intestinal

La isquemia intestinal es una entidad relativamente frecuente en los servicios de urgencias hospitalarias, su incidencia ha aumentado en los últimos años debido al envejecimiento de la población. Es una patología de difícil diagnóstico en las fases tempranas, presenta una clínica y test de laboratorio inespecíficos con síntomas similares a otras causas de abdomen agudo. La sospecha clínica es clave para poder instaurar un tratamiento temprano.

Se puede clasificar en aguda o crónica. La isquemia aguda a su vez puede ser secundaria a un origen embólico, una trombosis arterial o venosa o a un cuadro no oclusivo. La colitis isquémica es un proceso que afecta exclusivamente al colon.

La angio TC es la técnica de imagen de elección ante la sospecha clínica de isquemia intestinal.

Sin embargo, en muchas ocasiones solo se dispone de una TC abdominopélvica en fase portal, debido al solapamiento de los síntomas en las distintas causas de abdomen agudo, en estos casos es muy importante que el radiólogo piense en esta entidad para poder realizar el diagnóstico.

La TC con energía dual es una técnica prometedora que facilita el diagnóstico precoz con buenos resultados en la valoración del realce de la pared.

Los hallazgos habituales en esta patología varían según la etiología y el tiempo de evolución del proceso, comprenden: alteraciones en la atenuación de la pared, engrosamiento /adelgazamiento de la pared, hiperdensidad de la pared en la fase sin contraste, defecto de replección arterial o venoso, neumatosis, gas en el eje portomesentérico, estriación de la grasa y presencia de líquido. Las técnicas de imagen y el manejo multidisciplinar son claves tanto para el diagnóstico como para la elección del tratamiento de la isquemia intestinal.

### La hemorragia intestinal

Es una patología relativamente frecuente en los servicios de urgencia, los pacientes mayores son los más afectados, generalmente aparece como complicaciones de su patología de base. La hemorragia se clasifica como hemorragia digestiva alta (HDA), hemorragia de intestino delgado y hemorragia digestiva baja (HDB).

En la hemorragia aguda digestiva alta la endoscopia es la técnica de elección, la angio-TC está indicada en casos de endoscopia negativa. La angio TC tiene muy buenos resultados en la sospecha de hemorragia aguda de I. delgado o HDB, esta técnica cada vez es más demandada ya que es un estudio rápido y accesible, con una alta sensibilidad y muy útil de cara al manejo, es capaz, no sólo de establecer la localización y cuantía si no también la etiología de la misma.

La entero TC también es útil en pacientes estables con sospecha de pequeños sangrados, o sangrados ocultos.

La hemorragia digestiva aguda (HDA) se detecta como una extravasación intraluminal de contraste. TCMD es capaz de detectar pequeños sangrados 0,1%-0,3ml/min

Los cambios de la extravasación de contraste entre la fase arterial y portal son un resultado inequívoco de HDA.

La angio TC se está convirtiendo en una herramienta de primera línea en los servicios de urgencia en la hemorragia intestinal.

### RM EN ABDOMEN AGUDO ¿CUÁNDO Y CÓMO?

*Antonio Luna Alcalá*

La ecografía y sobre todo la TC constituyen los auténticos "caballos de batalla" en la evaluación de los pacientes con dolor abdominal agudo en los servicios de urgencias. La ecografía presenta limitaciones derivadas de la evaluación subóptima de

las vísceras no sólidas y profundas y la importante variabilidad en los resultados diagnósticos dependiendo de la experiencia y habilidad del operador. La TC es la técnica de imagen primaria en este escenario clínico, pero utiliza radiación ionizante y precisa habitualmente de la inyección de contraste iodado. De esta manera, la RM se ha convertido en una herramienta cada vez más utilizada en la evaluación del abdomen agudo.

El desarrollo de gradientes más potentes, antenas multicanal, imagen paralela y nuevos métodos de aceleración (por ejemplo, compressed sense) permiten realizar estudios diagnósticos con tiempos de exploración en torno a los 20-30 mn.

El uso de la RM se ha expandido especialmente en la evaluación de poblaciones especialmente susceptibles a la radiación como las embarazadas y los niños, sobre todo tras ecografía negativa o no concluyente. El área de mayor crecimiento en las aplicaciones de la RM en el abdomen agudo ha sido en pacientes embarazadas, con un papel recomendado por la Sociedad Europea de Radiología Urogenital (ESUR) tras ecografía negativa en la evaluación de apendicitis, litiasis urinarias, torsión ovárica, diferenciación de mioma de masa anexial, caracterización de estas últimas, rotura uterina o patología placentaria. Dentro de estas aplicaciones, la detección de la apendicitis con las secuencias de difusión en pacientes embarazadas es un área de especial crecimiento.

En la población general, la RM presenta excelentes resultados en la evaluación de patología traumática pancreatobiliar y en patologías inflamatorias de la vesícula, vía biliar, páncreas y tracto gastrointestinal (especialmente la apendicitis), así como con un papel en la hemorragia aguda y las urgencias ginecológicas. A pesar de que la disponibilidad de la RM en nuestro medio es limitada, esta técnica debe considerarse como una alternativa válida en la evaluación del paciente con abdomen agudo, y con un papel clave en determinadas poblaciones y con escenarios clínicos concretos.

## COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS. ENFERMEDAD FISTULIZANTE PERIANAL

### COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS

*Damian Tolan*

#### Learning Objectives:

1. To learn the commonest types of intestinal surgical procedures and the expected postoperative anatomy and imaging findings.
2. To understand protocol optimisation to maximise detection of postoperative complications after enteric surgery.
3. To understand the signs of early and late complications after bowel surgery.

Postoperative assessment of the luminal GI tract is very complex and relies on CT. Interpretation and detection of abnormalities is a major challenge when there is a broad range of normal postoperative appearances.

To make this judgement it is essential to consider the time that has elapsed since the operation and the complexity of the procedure that was performed, since a straightforward procedure or one performed laparoscopically with carbon dioxide insufflation should have very little residual fluid or gas, compared with a complex open surgical procedure.

Anastomotic leak is the most important complication to detect. Positive luminal contrast CT is the most sensitive method and this can be administered orally or rectally depending on the position of the anastomosis. The author uses an 8% concentration of 300mg/ml concentration non-ionic contrast. Complications such as abscess can be detected by CT but must be differentiated from haemostatic surgical material, which is left in situ deliberately.

#### References

- Radiology of the Post Surgical Abdomen, Editors: Brittenden, John, Tolan, Damian J.M. (Eds.) Springer, London, 2012
- Kaur P, Benadjaoud S, Curis E, Boulay-Coletta I, Loriau J, Zins M. Anastomotic leakage after colorectal surgery: diagnostic accuracy of CT. *Eur Radiol.* 2015 Dec;25(12):3543-51. doi: 10.1007/s00330-015-3795-z. PubMed PMID: 25925357.

### ENFERMEDAD FISTULIZANTE PERIANAL

*Damian Tolan*

#### Learning Objectives

1. Learn the relevant MRI sequences to image fistula-in-ano.
2. Understand the classification of fistulae.
3. To appreciate the questions asked by the clinician before treatment.

MRI is the best method for imaging evaluation of fistula-in-ano, particularly to plan surgical management of complex or recurrent cryptoglandular perianal sepsis and in Crohn's disease where medical or surgical management may be considered.

MRI sequences can focus on detection of water/oedema (STIR or fat saturated T2) or abnormal contrast enhancement (post contrast fat saturated T1). It is essential that MR scan planes are correctly oriented to the axis of the anal canal to allow correct assessment of fistula anatomy for surgical planning.

Park's Classification is the accepted surgical system for categorisation and should be used by radiologists. Reports should follow a logical uniform structure to describe each fistula that is present, including the classification of the type of fistula, (predicted) location of internal opening, course of the fistula,

(predicted) position of the external opening and number and position of extensions (secondary tracks).

#### References

- Tolan DJ. Magnetic Resonance Imaging for Perianal Fistula. *Semin Ultrasound CT MR.* 2016 Aug;37(4):313-22. doi: 10.1053/j.sult.2016.04.004. Review. PubMed PMID: 27342895.

## CÁNCER COLORRECTAL

### CÁNCER DE RECTO: DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN. INFORME ESTRUCTURADO

*Juan Ramón Ayuso Colella*

El tratamiento del cáncer de recto comporta distintos procedimientos, desde los menos agresivos como la resección endoscópica en casos iniciales, hasta tratamientos con quimioterapia sistémica y radioterapia seguidas de cirugía para los casos avanzados. La selección del método óptimo para cada paciente viene determinada principalmente por la estadificación clínica local, que hoy en día se realiza mediante RM. Este estudio, que debe llevarse a cabo con una técnica específica, debe aportar información sobre una serie de aspectos de la lesión relativos a su morfología, localización, e infiltración local de estructuras cercanas como son la pared muscular del recto, la grasa y la fascia mesorrectal adyacentes, los ganglios locales, los vasos peritumorales y los órganos vecinos, que serán claves para la decisión clínica a tomar.

Esta información, que es evaluada y transmitida de forma habitual por los radiólogos, puede quedar reflejada en nuestros informes mediante un texto explicativo o mediante un informe sistematizado. En los últimos años varios grupos de investigadores y sociedades científicas, entre ellas la SEDIA, han propuesto diferentes modelos de informe sistematizado o estructurado, argumentando a su favor, principalmente, una menor tasa de aspectos no descritos en el informe final y que son relevantes para la toma de decisiones y para el establecimiento del pronóstico de la enfermedad. En la presentación, además de revisar algunos de los aspectos que deben quedar reflejados en los estudios de RM, se discutirán ventajas e inconvenientes de ambos tipos de informe, se revisarán los modelos y las recomendaciones de algunas de las sociedades científicas que han aportado opinión a este respecto y se presentará el nuevo informe estructurado que la SEDIA propone en esta patología, una vez que ha sido revisado y actualizado.

## VALORACIÓN DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO NEOADYUVANTE. BIOMARCADORES DE IMAGEN

*Carlos Casillas Meléndez*

El cáncer colorrectal es la neoplasia maligna más frecuente en nuestro medio, si se consideran conjuntamente ambos sexos. Los avances técnicos en el tratamiento quirúrgico, mediante la técnica de escisión mesorrectal total, han disminuido significativamente la tasa de recidiva local y han aumentado la supervivencia global.

Los tumores con estadios avanzados (T3 y T4) se benefician del tratamiento neoadyuvante con QT y RT. La respuesta conseguida con este tratamiento disminuye el estadio T en aproximadamente un 50%-60% de pacientes. Asimismo, la respuesta patológica completa ocurre en el 15%-27% de casos. La mejoría del estadio local posibilita la resección mesorrectal total y disminuye la tasa de recidiva local. En casos seleccionados, la respuesta completa tras la neoadyuvancia hace posible la vigilancia activa del paciente (watch-and-wait), evitando la cirugía.

La RM es la mejor técnica para estadificar localmente las neoplasias de recto avanzadas, gracias a su gran resolución de contraste. Su mayor utilidad es para diferenciar entre los estadios T2, T3 y T4, con una elevada precisión diagnóstica. En la actualidad, es la técnica de elección para evaluar la respuesta al tratamiento neoadyuvante, utilizando parámetros cualitativos (imágenes potenciadas en T2) y semicuantitativos (imágenes potenciadas en difusión).

El momento óptimo para la realización de la RM de valoración de respuesta tras la finalización de la neoadyuvancia ha sido estudiado por diferentes autores. Aunque en la mayoría de los centros se realiza entre las 6 y 8 semanas desde el final de la QT-RT, actualmente se recomienda esperar 10 semanas, ya que aumenta el número de respuestas completas y facilita la valoración radiológica.

El grado de regresión tumoral con RM (rmTRG) valora la presencia de fibrosis y tumor residual como respuesta al tratamiento con una escala del 1 al 5, identificando la disminución de intensidad de señal del tumor en las imágenes potenciadas en T2. Este método tiene una buena correlación con la histología y con el período libre de enfermedad.

La valoración semicuantitativa de la respuesta al tratamiento se ha realizado con las imágenes potenciadas en difusión y el valor de ADC. Tiene especial utilidad en la detección de la respuesta patológica completa, con elevados valores de sensibilidad y especificidad.

La extracción computacional de valores cuantitativos (biomarcadores de imagen) procedentes del análisis de las imágenes de distintas secuencias de RM en una población concreta permite obtener conclusiones sobre las relaciones entre

estas variables cuantitativas y las variables clínicas (radiómica). Estas conclusiones se pueden aplicar a posteriori a un paciente específico, utilizándolas para la diferenciación entre tejido benigno y maligno, para el conocimiento de la agresividad tumoral, así como para la predicción de la respuesta al tratamiento.

La precisión de la RM en el análisis de la respuesta al tratamiento es crucial. La detección de biomarcadores de imagen que se modifiquen con el tratamiento neoadyuvante, así como su comparación con la respuesta patológica, pueden resultar de gran ayuda en el manejo clínico. Estas herramientas prometen unos resultados esperanzadores, incrementando la capacidad de la RM para realizar una biopsia virtual tras el tratamiento neoadyuvante.

Nota: agradecemos a la Fundación Hospital Provincial de Castellón la utilización de la Plataforma de Biomarcadores Quibim Precision (Quibim S.L., Valencia, España).

### Bibliografía

- Maas M, Nelemans PJ, Valentini V, et al. Long-term outcome in patients with a pathological complete response after chemoradiation for rectal cancer: a pooled analysis of individual patient data. *Lancet Oncol* 2010;11(9):835–44.
- Renehan AG, Malcomson L, Emsley R, et al. Watch-and-wait approach versus surgical resection after chemoradiotherapy for patients with rectal cancer (the OnCoRe project): a propensity-score matched cohort analysis. *Lancet Oncol* 2016;17(2):174–83.
- Patel UB, Taylor F, Blomqvist L, et al. Magnetic resonance imaging-detected tumor response for locally advanced rectal cancer predicts survival outcomes: MERCURY experience. *J Clin Oncol* 2011;29(28):3753–60.
- Aker M, Boone D, Chandramohan A, Sizer B, Motson R, Arulampalam T. Diagnostic accuracy of MRI in assessing tumor regression and identifying complete response in patients with locally advanced rectal cancer after neoadjuvant treatment. *Abdominal Radiology* 2018;15:1–7.
- Barbaro B, Vitale R, Valentini V, Illuminati S, Vecchio FM, Rizo G, et al. Diffusion-Weighted Magnetic Resonance Imaging in Monitoring Rectal Cancer Response to Neoadjuvant Chemoradiotherapy. *Radiation Oncology Biology* 2012;83(2):594–9.
- Curvo-Semedo L, Lambregts DMJ, Maas M, Thywissen T, Mehsen RT, Lammering G, et al. Rectal Cancer: Assessment of Complete Response to Preoperative Combined Radiation Therapy with Chemotherapy—Conventional MR Volumetry versus Diffusion-weighted MR Imaging. *Radiology* 2011;260(3):734–43.
- Horvat N, Veeraraghavan H, Khan M, Blazic I, Zheng J, Capanu M, et al. MR Imaging of Rectal Cancer: Radiomics Analysis to Assess Treatment Response after Neoadjuvant Therapy. *Radiology* 2018;287:833–43.



## PATOLOGÍA INFLAMATORIA

### EICH O NO EICH: DIFÍCIL DECISIÓN

*Adela Batista Doménech*

La enfermedad injerto contra huésped (EICH) no es una enfermedad per se, sino la consecuencia de una respuesta inflamatoria exagerada mediada por las células inmunocompetentes de un donante cuando estas son introducidas en un ambiente extraño. Esta situación tiene lugar tras el trasplante de precursores hematopoyéticos (TPH), que se utiliza como única opción terapéutica curativa en muchas neoplasias hematológicas y otras hemoglobinopatías, incluso en el tratamiento de algunos tumores sólidos.

EICH es una enfermedad multiorgánica que afecta a la piel, el tracto gastrointestinal y al hígado. La afectación gastrointestinal una complicación frecuente (incidencia entre 30-70%), asociada a una elevada morbimortalidad. El diagnóstico de la EICH es complejo, porque las manifestaciones clínicas y analíticas son inespecíficas, solapándose los síntomas a otras complicaciones gastrointestinales como los producidos por la toxicidad secundaria a la quimioterapia en las primeras semanas después del trasplante y, más tarde, a los síntomas ocasionados por las infecciones oportunistas.

El TC con contraste intravenoso es una herramienta útil para el diagnóstico de esta entidad. El objetivo de la presentación es reconocer los hallazgos radiológicos característicos de la afectación gastrointestinal de la EICH, para poder diagnosticarla con mayor precisión.

#### Manifestaciones intestinales

- Afectación difusa y extensa de cualquier segmento del tubo digestivo, siendo típica la afectación de asa de intestino delgado.
- Engrosamiento moderado de las paredes de las asas afectas.
- Marcado realce mucoso o signo de la diana (realce de la mucosa y serosa con edema submucoso).
- Asas distendidas y llenas de contenido.

#### Manifestaciones extraintestinales:

- Cambio edematoso en la grasa del meso del asa afecta, así como ingurgitación de los vasos mesentéricos adyacentes.
- Afectación biliar que se muestra como engrosamiento e hipercaptación mural de la vesícula, presencia de líquido perivesicular y dilatación transitoria del conducto hepático común.
- Afectación hepática que se manifiesta como hepatoesplenomegalia, edema periportal y presencia de ascitis.

La interpretación de los hallazgos radiológicos se debe correlacionar con el contexto clínico y analítico, así como la cronología de la enfermedad y los tiempos de recuperación del sistema inmunitario, y de esta manera acotar el diagnóstico diferencial de las posibles complicaciones postrasplante.

En el diagnóstico diferencial de la EICH se ha de tener presente otras complicaciones gastrointestinales como: enterocolitis asociada a la quimioterapia, tiflitis neutropénica, colitis pseudomembranosa y enterocolitis infecciosas (víricas y fúngicas).

Es de vital importancia establecer un diagnóstico precoz e instaurar lo antes posible el tratamiento adecuado en cada uno de los casos.

#### Bibliografía

- Lubner M, Menias, Agrons M et al. Imaging of Abdominal and Pelvic Manifestations of Graft-Versus-Host Disease After Hematopoietic Stem Cell Transplant. *AJR* 2017; 2019:1-13
- Coy D, Ormazabal A, Godwin D, et al. Imaging Evaluation of Pulmonary and Abdominal Complications Following Hematopoietic Stem Cell Transplantation. *Radiographics* 2005; 25: 305-318
- Mahgerefteh S, Sosna J, Bogot N et al. Radiologic Imaging and Intervention for Gastrointestinal and Hepatic Complications of Hematopoietic Stem Cell Transplantation. *Radiology* 2011.; 258: 660-671
- Schmit M, Bethge W, Beck R, Faul C, Claussen CD, Horger M. CT of gastrointestinal complications associated with hematopoietic stem cell transplantation. *AJR* 2008; 190:712-719
- Campo L, Gómez León N, Castaño D et al. Abdominal Complications Following Hematopoietic Stem Cell Transplantation. *Radiographics* 2014; 34: 396-412

### ENFERMEDAD INTESTINAL: IMAGEN CON ECOGRAFÍA Y CONTRASTE ECOGRÁFICO

*Tomás Ripollés González*

#### Objetivo

mostrar la aplicación efectiva de la ecografía intestinal en el manejo del paciente con enfermedad inflamatoria intestinal.

La ecografía intestinal ha surgido como una técnica de imagen alternativa para el diagnóstico y seguimiento de pacientes con Enfermedad de Crohn, siendo tan precisa como la TC o la RM para detectar la extensión intra y extramural de la enfermedad. Estos pacientes requieren seguimiento de cerca para evaluar la efectividad de los nuevos tratamientos, lo que supone la realización de múltiples controles de imagen. La endoscopia es invasiva y las otras técnicas de imagen seccionales utilizan radiación (TC) o son caras y poco disponibles (RM). La ecografía

es una técnica disponible y muy bien aceptada por el paciente, que ha mostrado buenos resultados en la monitorización de la enfermedad, por lo que puede ser una alternativa. Por la accesibilidad en todos los centros, su escaso coste y porque no supone irradiar a estos pacientes debería convertirse en una técnica de primera línea.

La ecografía modo B puede evaluar la localización y la longitud de los segmentos intestinales afectados y permite la identificación de complicaciones transmurales, estenosis y obstrucción intestinal. El Doppler color visualiza y cuantifica la vascularización intestinal. La ecografía con contraste es una nueva técnica que implica la administración IV de un agente de contraste con examen en tiempo real, que proporciona una descripción precisa de la microvascularización de la pared intestinal y los tejidos perientéricos.

La charla revisa la técnica, los hallazgos, sus ventajas y limitaciones, y las aplicaciones clínicas en la evaluación de la enfermedad de Crohn. Las aplicaciones actuales del contraste ecográfico en la enfermedad de Crohn son: evaluación de actividad inflamatoria, valoración de las masas inflamatorias, distinguiendo a los flemones de los abscesos, caracterización de la estenosis al diferenciar la fibrosis de inflamación, control de la eficacia de los tratamientos farmacológicos y mejora de la detección de la recurrencia de la enfermedad.

### Conclusión

la ecografía es una técnica emergente que forma parte de la evaluación ecográfica, con un rol en el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad de Crohn, mejorando así la planificación de la terapia y la monitorización de la eficacia del tratamiento.

## PARECE LO QUE NO ES

### OVEJAS CON PIEL DE LOBO: SIMULADORES DE PATOLOGÍA ONCOLÓGICA EN SISTEMA DIGESTIVO

*David Armario Bel*

En la práctica habitual del radiólogo, la patología oncológica del aparato digestivo es sospechada con relativa frecuencia, en muchos casos en exploraciones realizadas por otros motivos.

Una importante premisa que hay que tener en cuenta es la conveniencia de una adecuada preparación de la región a estudio, ya que la falta de distensión de la luz, producida por peristaltismo o por ausencia de contenido, puede aparentar falsos engrosamientos murales y por consiguiente patología.

Posiblemente, las entidades inflamatorias-infecciosas sean las grandes simuladoras de patología oncológica. Sus principales manifestaciones radiológicas, como engrosamiento mural, rarefacción de la grasa circundante, o adenopatías regionales reactivas, podrían asemejarse en algunos casos a las de un

proceso neofornativo. No obstante, datos adicionales como la morfología del engrosamiento, longitud del segmento afecto, multifocalidad, densidad intramural o patrón de captación con contraste endovenoso pueden ser de ayuda ante el reto de descartar malignidad.

Una particularidad de este grupo de entidades es su localización anatómica típica. Así, en esófago y estómago, hay que tener presente la patología ulcerosa; en intestino delgado, el íleon es la topografía más característica de la enfermedad inflamatoria intestinal (Crohn) así como de la afectación intestinal por Anisakis; en marco cólico, la patología de origen diverticular predomina claramente en sigma, pudiendo no obstante resultar confusa en situaciones de cronicidad, localizaciones menos frecuentes, o ante divertículos de gran tamaño; por último, infecciones poco frecuentes (Citomegalovirus, Treponema Pallidum) y endometriosis suelen predominar en recto.

Restos alimentarios (Bezoar) y fecales (fecalomas) cronicados, así como la ingesta de cuerpos extraños, pueden causar severos cambios inflamatorios locales y simular, en determinados casos, patología oncológica.

Finalmente, un conocimiento de la patología congénita más frecuente del aparato digestivo, entre ellos el páncreas ectópico y los quistes de duplicación, puede evitar errores en el diagnóstico final.

Correlacionar los hallazgos por imagen de estos grupos de entidades con los datos clínicos y analíticos del paciente resultará fundamental, aunque frecuentemente se requerirá de un estudio endoscópico y/o histológico para descartar completamente malignidad.

# Comunicaciones Orales:

## XVIII Congreso de la SEDIA

### RADIOLOGÍA DEL TUBO DIGESTIVO

#### RES0018 HIPERPLASIA NODULAR FOCAL ASOCIADA AL TRATAMIENTO CON OXALIPLATINO

Gemma Isus Olivé, Mario Pagés Llinás, Juan Ramon Ayuso Colella, Christian Zwanzger Medina, Alfredo Páez Carpio, Carmen Ayuso Colella

Hospital Clínic. Radiodiagnóstico

#### Objetivos

- Dar a conocer la relación existente entre el tratamiento con oxaliplatino y el desarrollo de hiperplasias nodulares focales hepáticas (HNF).
- Investigar el intervalo de aparición de las HNF desde el inicio del tratamiento y su evolución posterior.
- Revisar las características radiológicas de las HNF y su diferenciación con lesiones metastásicas.

#### Material y método

Se realiza un estudio retrospectivo de 3 casos de pacientes de nuestro centro diagnosticados de cáncer colorrectal, tratados con oxaliplatino y que desarrollan posteriormente lesiones hepáticas con diagnóstico de HNF.

Se realiza un análisis estadístico recopilando los datos clínicos de los pacientes y las características de las lesiones de HNF incluyendo su número, medida, patrón por imagen, técnica diagnóstica, tiempo de desarrollo, crecimiento y aparición de nuevas lesiones hepáticas.

#### Resultados

Dos tercios de los casos fueron hombres, presentando en conjunto una media de edad de 53 años. Todos padecieron carcinomas colorrectales en estadios avanzados, dos de ellos con metástasis. Los pacientes completaron 10,3 ciclos de media con oxaliplatino, tardando una media de 43 meses en desarrollar HNF desde su inicio. Las HNF fueron múltiples en todos los casos, con una media en número de 5 y de 13,3 mm en tamaño. La presentación típica por TC y MR de las HNF se objetivó en dos de los tres casos, detectando rasgos atípicos en el caso restante. El diagnóstico final se obtuvo mediante RM con contraste hepato-específico. Los controles evolutivos no mostraron crecimiento ni aparición de nuevas lesiones en dos de los tres casos, detectándose ambos eventos en el caso restante.

#### Conclusiones

Conocer la asociación entre el tratamiento con oxaliplatino y el posterior desarrollo de HNF es importante a la hora de caracterizar lesiones hepáticas de nueva aparición en pacientes

en seguimiento de cáncer colorrectal. La RM con contraste hepato-específico es la prueba indicada ante dicha sospecha diagnóstica.

#### RES0020 ¿SON SUFICIENTES LAS CLASIFICACIONES ACTUALES COMO FACTOR PRONÓSTICO DE LA DIVERTICULITIS AGUDA? ESTUDIO RETROSPECTIVO

Nuria Roson Gradaillé<sup>1</sup>, María Victoria Garriga Farriol<sup>2</sup>, Ana Alejandra Narbona Díez<sup>3</sup>, Gemma Molist<sup>4</sup>, Xavier Pruna Comella<sup>3</sup>, Josep Maria Badia Perez<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Hospital Universitari Vall d'Hebron. Diagnóstico por la Imagen <sup>2</sup> Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta. Diagnóstico por la Imagen

<sup>3</sup> Hospital General Granollers. Diagnóstico por la Imagen <sup>4</sup> Hospital General Granollers. Área de Investigación e Innovación

<sup>5</sup> Hospital General Granollers. Cirugía General

#### Objetivos

Determinar la utilidad de las clasificaciones actuales de la diverticulitis aguda (DA) como factor pronóstico de su evolución.

#### Material y método

Se han analizado retrospectivamente 183 episodios de DA a partir de los datos de las historias clínicas e informes radiológicos (ecografía, TC o ambos). Se han recogido datos demográficos, clínicos, analíticos y radiológicos, tratamientos, revaloraciones por imagen y estancia hospitalaria. El diagnóstico final se ha obtenido mediante colonoscopia, enema, cirugía, historia previa o pruebas de imagen.

Hemos utilizado las clasificaciones de Hinchey, Hinchey modificada, Neff i Neff modificada y hemos dividido la DA en: Leve, localmente complicada y complicada en función de: presencia de divertículos, engrosamiento mural y flemón (leve), aparición de pneumoperitoneo local y/o líquido pélvico y/o absceso 4cm, abscesos múltiples, líquido y/o pneumoperitoneo difusos (complicada). También se han comparado los resultados con las clasificaciones de Minnesota y alemana.

#### Resultados

De los 183 pacientes estudiados, 104 fueron clasificados como leve, 60 como localmente complicada y 19 como complicada. No existen diferencias significativas entre la gravedad de la DA y el género, edad, criterios de SIRS ni leucocitosis. Si existen diferencias entre los tres grupos y la PCR y estancia hospitalaria. Sin embargo, dentro de cada grupo, no se observan diferencias en función de los hallazgos. La clasificación de Hinchey, solo tiene en

cuenta la diverticulitis leve cuando existe flemón y la sobrestima respecto a otras clasificaciones al igual la Hinchey modificada. La clasificación de Neff modificada es la que recoge de forma más detallada los hallazgos de la DA.

### Conclusiones

La PCR parece corresponderse con la gravedad de la DA. La clasificación en leve, localmente complicada y complicada ha mostrado diferencias en PCR y estancia hospitalaria. Debemos abandonar de la práctica clínica las clasificaciones que no se ajusten a los hallazgos de imagen. Se necesitan estudios prospectivos que permitan establecer criterios pronósticos.

### RES0021 EL PORQUÉ DEL USO DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA COMO TÉCNICA DE DIAGNÓSTICO INICIAL EN LA DIVERTICULITIS AGUDA

*Nuria Roson Gradaille<sup>1</sup>, María Victoria Garriga Farriol<sup>2</sup>, Manel Escobar Amores<sup>3</sup>, Xavier Pruna Comella<sup>4</sup>, Salvador Pedraza Gutierrez<sup>2</sup>, Josep Maria Badia Pérez<sup>5</sup>*

<sup>1</sup> Hospital Universitari Vall d'Hebron. Diagnóstico por la Imagen <sup>2</sup> Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta. Diagnóstico por la Imagen <sup>4</sup> Hospital General Granollers. Diagnóstico por la Imagen <sup>5</sup> Hospital General Granollers. Cirugía General

### Objetivos

Determinar los motivos de la elevada utilización de la TC como técnica de diagnóstico inicial en el diagnóstico de la diverticulitis aguda (DA) en Cataluña.

### Material y método

Se han revisado 183 historias de pacientes con DA confirmada por una prueba de imagen en un servicio de radiología organizado por "órgano sistema".

Se ha enviado una encuesta sobre la utilización de las pruebas de imagen para el diagnóstico inicial de la DA a los servicios de radiología de Cataluña con preguntas como: tipo de organización (órgano-sistema), protocolización del manejo de la DA, presencia de radiólogo de guardia, diferenciación del manejo entre el horario laboral y la guardia, motivos de utilización de una técnica, etc.

### Resultados

De los 183 pacientes revisados existen diferencias significativas entre la utilización de la ecografía y la TC en función de la gravedad con mayor utilización de la ecografía en las DA leves y de la TC en las complicadas. Pero de 28 pacientes con DA leve en 22 el motivo de realizar TC fue falta de experiencia del radiólogo o ausencia de radiólogo de presencia igual que en 33 de 62 pacientes con DA complicada.

El 68% de los hospitales encuestados utilizan la TC como técnica inicial aunque el 43% están organizados por "órgano sistema". El 78% opta por la TC dentro de su protocolo y en horario de guardia la TC se utiliza de forma mayoritaria aduciendo falta de

experiencia del radiólogo o ausencia de radiólogo de presencia, preferencia del cirujano, mayor rapidez, facilidad, sensibilidad y especificidad de la TC. El 86% de los servicios están de acuerdo con la necesidad de formación en ecografía.

### Conclusiones

La elevada utilización de la TC como técnica inicial en el diagnóstico de la DA es contraria a las recomendaciones de la literatura y se necesita mayor conocimiento de la técnica ecográfica.

### RES0062 CAMBIOS EN EL VOLUMEN PANCREÁTICO E INSUFICIENCIA PANCREÁTICA EN PACIENTES TRATADOS CON SORAFENIB

*Ernest Belmonte Castán<sup>1</sup>, Anna Darnell Martin<sup>1</sup>, Jordi Rimola Gibert<sup>1</sup>, Maria Reig<sup>2</sup>, Alvaro Diaz González<sup>2</sup>, Carmen Ayuso Colella<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Hospital Clínic Barcelona. Radiología <sup>2</sup> Hospital Clínic Barcelona. Liver Unit.

### Objetivos

Describir los cambios volumétricos pancreáticos en pacientes tratados con sorafenib, que desarrollaron malabsorción o una pérdida de peso de > 10%, sin progresión del hepatocarcinoma.

### Material y método

Estudio observacional retrospectivo. De los 190 pacientes tratados con sorafenib en el periodo de los años 2014 a 2016, cumplieron los criterios de inclusión: 20(11%).

La volumetría pancreática y los parámetros clínicos /bioquímicos se evaluaron basalmente, al primer mes de sorafenib y posteriormente cada 2 meses durante 2 años.

Un radiólogo abdominal calculó el volumen pancreático cuantitativo. Las áreas de interés consecutivas pancreáticas se calcularon en los cortes axiales de la fase portal de los TC. La adición de todas las áreas se multiplicó por el grosor de corte para obtener el volumen.

### Resultados

Durante el seguimiento, 7/20 pacientes desarrollaron insuficiencia pancreática, que se asoció a una reducción de volumen pancreático en todos menos uno. La duración media de sorafenib en estos pacientes fue de 7,26 meses, 3 de ellos continuaron sorafenib después del tratamiento sintomático y 4 lo suspendieron. El volumen pancreático basal de estos pacientes fue similar al de toda la cohorte (86mm<sup>3</sup>).

Curiosamente, en 4/20 pacientes se objetivó un aumento del volumen pancreático > 10% en el mes 1 de tratamiento. En 1 paciente este aumento se mantuvo hasta el mes 12, a pesar de desarrollar insuficiencia pancreática. En otros dos pacientes se mantuvo hasta el mes 3 y el mes 7. El paciente restante mostró una reducción de >15% del volumen pancreático en el resto de controles.

### Conclusiones

La administración prolongada de sorafenib puede asociarse de forma temprana a una reducción del volumen pancreático. La reducción del volumen a largo plazo podría reflejar atrofia debido a la actividad anti-VEFG del sorafenib. El aumento del volumen al inicio del tratamiento sugiere una posible acción mediada por el sistema inmune, que merece más investigación.

### RES0083 OBSTRUCCIÓN INTESTINAL COMO COMPLICACIÓN TARDÍA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA DE LA OBESIDAD

María del Carmen Alcántara Zafra<sup>1</sup>, Sergio Rodrigo del Valle Ruiz<sup>2</sup>, Ana Belén Veas López<sup>2</sup>, Esther Medina Manuel<sup>2</sup>, Plácida Alemán Díaz<sup>1</sup>, María Carrillo García<sup>1</sup>

<sup>1</sup> HGU Reina Sofía de Murcia. Radiología Abdominal <sup>2</sup> HGU Reina Sofía de Murcia. Cirugía General y Digestiva

#### Objetivos

- Analizar las causas de obstrucción intestinal en pacientes intervenidos en nuestro centro de cirugía de la obesidad.
- Análisis de los hallazgos de la TC como método diagnóstico de elección.

#### Material y método

Se realiza un estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos de cirugía de la obesidad (cualquiera de sus técnicas) en nuestro centro entre mayo 2006 y marzo 2017, con un total de 456 pacientes, 8 de los cuales presentaron como complicación tardía obstrucción intestinal.

Se analiza la técnica quirúrgica empleada inicialmente, los signos radiológicos, la causa de la obstrucción y la correlación de los hallazgos radiológicos y los quirúrgicos.

#### Resultados

De los 8 pacientes con obstrucción intestinal, uno de ellos con dos episodios, 7 episodios de ellos fueron debidos a hernia interna, 1 a adherencias y 1 a volvulación.

La tomografía computarizada con contraste iv fue la técnica de imagen de elección, con diagnóstico en 8/9 episodios y presencia de al menos uno de los signos radiológicos de hernia interna. El diagnóstico preciso del tipo de hernia o causa de la obstrucción en los dos casos distintos a hernia fue poco explícito en la mayoría de los informes radiológicos (sólo especificado en 2/9).

#### Conclusiones

La cirugía de la obesidad presenta muy baja tasa de obstrucción intestinal tardía en nuestro centro.

La tomografía computarizada es la técnica de imagen de elección, siendo diagnóstica en la práctica totalidad de los casos, aunque aporta poca información precisa sobre el tipo de hernia del paciente.

### RES0108 UTILIDAD DE LA RM, LA ECOGRAFÍA CON CONTRASTE Y LA CALPROTECTINA EN LA VALORACIÓN DE ACTIVIDAD EN E. DE CROHN

Luisa Fernanda Angel Rios<sup>1</sup>, Ignacio Dieste Grañena<sup>1</sup>, Luis Sarría Octavio de Toledo<sup>1</sup>, Cristina Sebastian Sebastian<sup>2</sup>, Raquel Larrosa López<sup>1</sup>, Pilar Estrada Abad<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital universitario Miguel Servet. Radiología <sup>2</sup> Hospital Maz Zaragoza. Radiología

#### Objetivos

Correlacionar los hallazgos en resonancia magnética (RM) y ecografía con contraste (CEUS) con la calprotectina fecal para detectar actividad en pacientes con enfermedad de Crohn.

#### Material y método

Se realiza un estudio observacional prospectivo desde enero de 2017 y mayo de 2018, en pacientes con diagnóstico confirmado de enfermedad de Crohn y sospecha clínica de actividad, a quienes se les realizó entero RM para su valoración con aplicación del índice MaRIA (Magnetic Resonance Index of Activity). Además, se realiza CEUS, y calprotectina con máximo 2 semana de diferencia. Se valoraron parámetros morfofuncionales como: localización del asa patológica, grosor parietal, presencia de complicaciones (ulceras, fístulas, abscesos o estenosis) y tipo de realce tras la administración de contraste. En la RM el Relative Contrast Enhancement (RCE) y los coeficientes de difusión aparentes (CDA). En la CEUS el índice de intensidad (IMax), Tiempo al pico (TTP), Tiempo de tránsito medio (TTM) y áreas bajo la curva del asa afectada.

#### Resultados

Se revisaron 31 pacientes, 48% hombres y 52% mujeres, con edad media de 44 años. La localización más frecuente fue ileal, solo 10%(3) tenían enfermedad ileocólica. Un 70% presentaban complicaciones, la más frecuente estenosis con 58%(18). El Índice MaRIA es mayor en los pacientes con calprotectina >100µg/g (media 23.81±7.5 p <0.05). Existe una relación moderada e inversa entre el índice MaRIA y el CDA (-0,479). En cuanto a la CEUS existe una relación inversa entre el Índice MaRIA y los tiempos (TTP y TTM) mientras que hay una relación directa con el área.

#### Conclusiones

La RM es la prueba de imagen de elección para la valoración de la actividad en pacientes con enfermedad de Crohn siendo el Índice MaRIA y los valores de CDA útiles. Existe moderada correlación con la calprotectina. Los tiempos bajos y un área de la curva aumentada en la CEUS pueden indicar actividad.

## RES0109 VALOR PRONÓSTICO DE LA INFILTRACIÓN VENOSA EXTRAMURAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE RECTO NO METASTÁSICO

Juan R. Ayuso Colella<sup>2</sup>, Joan Maurel Santasusana<sup>1</sup>, Roxana Maribel Reyes<sup>1</sup>, Mario Pagés Llinás<sup>2</sup>, Sonia Rodríguez Gómez<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital Clínic. Oncología Médica <sup>2</sup> Hospital Clínic. Radiodiagnóstico - CDI

### Objetivos

Primario: conocer, en una serie de pacientes con cáncer de recto no metastásico (CRNM), las diferencias observadas en el intervalo libre de enfermedad (ILE), evaluadas a 5 años de seguimiento en función de la presencia o no de infiltración venosa extramural en la RM de estadificación inicial (IVEM) y tras neoadyuvancia (yIVEM).

Secundarios: conocer la tasa de pacientes en los que la IVEM se modifica con la neoadyuvancia (NAD) y la relación entre IVEM e yIVEM y la respuesta patológica.

### Material y método

Se revisan retrospectivamente 160 pacientes diagnosticados de CRNM en nuestro centro entre 2009 y 2015, tratados con NAD (5-fluorouracilo en infusión continua y radioterapia concomitante seguida de cirugía). Tanto en los estudios RM iniciales (160 pacientes) como tras NAD (113 pacientes) se consideran positivas para IVEM unas venas con puntuación de 3 ó 4 siguiendo criterios publicados. La respuesta patológica se evalúa mediante la estadificación TNM descrita en la pieza quirúrgica.

Las diferencias entre grupos se analizan con la prueba de X2 o el test o Fisher. Los análisis de supervivencia, mediante curvas de Kaplan-Meier usando la prueba de Mantel-Cox. Se considera recurrencia la progresión local o a distancia de la enfermedad, o la muerte (lo que sucediera antes).

### Resultados

72/160 pacientes (45%) mostraron IVEM+ y 38/113 pacientes yIVEM+ (33%). El ILE fue inferior tanto en los pacientes con EMVI+ ( $p < 0.0001$ ) como con yEMVI+ ( $p < 0.0001$ ). De los 113 pacientes con estudios RM pre y post NAD, 63 presentaron IVEM- en ambas, mientras que en 12/50 (24%) se negativizó una IVEM+ inicial. Tanto una IVEM+ como una yIVEM+ se correlacionaron con una respuesta patológica pobre ( $> pT3$  y/o  $pN1$ ) en la pieza quirúrgica ( $p < 0.0001$ ).

### Conclusiones

Tanto la presencia de IVEM como de yIVEM tienen importancia pronóstica: ambas se asocian a un ILE más corto y a una respuesta patológica más pobre.

## RES0129 EVALUACIÓN DE LOS CRITERIOS LI-RADS (V.2017) EN NÓDULOS HEPÁTICOS DE $\leq 20$ MM DETECTADOS EN PACIENTES CIRRÓTICOS

Anna Darnell Martín<sup>1</sup>, Alejandro Forner González<sup>2</sup>, Carla Caparroz Branco<sup>1</sup>, Jordi Rimola Gibert<sup>1</sup>, Ernest Belmonte Castán<sup>1</sup>, Carmen Ayuso Colella<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Clínic de Barcelona. Radiología-CDI <sup>2</sup> Hospital Clínic de Barcelona. Hepatología-BCL

### Objetivos

Evaluar la precisión diagnóstica de los criterios LI-RADS v.2017 en pacientes cirróticos con un nódulo hepático  $\leq 20$  mm detectado mediante ecografía de cribado y estudiado con resonancia magnética (RM) con gadolinio extracelular (GE).

### Material y método

Entre noviembre de 2003-enero de 2017 incluimos 263 pacientes cirróticos con un nódulo hepático  $\leq 20$  mm detectado ecográficamente e identificado con RM con GE.

El diagnóstico definitivo de malignidad se realizó mediante biopsia o criterios no invasivos para CHC. Los nódulos benignos fueron seguidos durante una mediana de 16 meses para asegurar ausencia de malignidad.

Se registraron los principales hallazgos por RM y se asignó retrospectivamente una categoría LI-RADS v.2017. Se determinó la precisión diagnóstica para cada categoría LI-RADS mediante análisis de sensibilidad, especificidad y valores predictivos negativos/positivos (IC 95%).

### Resultados

Los diagnósticos finales fueron: 197 carcinomas hepatocelulares (CHC) (74,9%), 5 colangiocarcinomas intrahepáticos (CCI), 2 metástasis y 59 lesiones benignas.

Quince lesiones fueron clasificadas como LR-1, todas benignas. 6/26 (23%) de las lesiones LR-2 correspondieron a CHC. 74 lesiones fueron catalogadas como LR-3: 50 (68%) fueron CHC y 2 fueron un CCI y una metástasis. 9/10 (90 %) de los LR-4 fueron CHC. De las 130 lesiones LR-5, 129 (99%) fueron CHC y una metástasis. Finalmente, 3/8 (37.5%) LR-M fueron CHC, 4/8 fueron CCI y 1 fue una lesión benigna.

La sensibilidad y especificidad de los criterios LR-5 fueron del 65% (57-9- 71.6) y del 98.5% (91.8-100) respectivamente. Sin embargo, juntando LR- 4+LR-5, la sensibilidad aumentó a 70.1% (63.1-76.4), con una especificidad del 97% (89.5-99.6).

### Conclusiones

En pacientes cirróticos con nódulos  $\leq 20$  mm detectados ecográficamente, el máximo rendimiento diagnóstico se obtiene al considerar conjuntamente las categorías LR-4 y LR-5. Un porcentaje significativo de lesiones LR-2 (23%) y LR-3 (68%) corresponden a CHC, lo que obliga a una actitud diagnóstica activa para llegar al diagnóstico definitivo y poder ofrecer un tratamiento precoz del CHC.

### RES0152 VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN LA ENFERMEDAD DE CROHN. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA CON CONTRASTE Y ELASTOGRAFÍA

Ignacio Dieste Grañena, Luisa Fernanda Ángel Ríos, Luis Sarria Octavio de Toledo, Raquel Larrosa López, Ilar Estrada Abad, Elena Martínez Mombila

Hospital Universitario Miguel Servet. Radiología

#### Objetivos

Determinar la utilidad de la ecografía con contraste y la elastografía en la valoración de la actividad en pacientes con Enfermedad de Crohn. Para ello se valora la correlación de los hallazgos con marcadores bioquímicos.

#### Material y método

Se realiza un estudio prospectivo observacional desde mayo de 2017 a junio de 2018, en el que se le realizó ecografía con contraste (ECC) a todos aquellos pacientes diagnosticados de Enfermedad de Crohn (EC) en seguimiento.

Se [rRD1] aplicaron los siguientes criterios de selección a nuestra población: Se realizó ecografía en modo B valorando grosor y longitud del asa de mayor afectación. Se determinó el grado de rigidez mediante elastografía shear-wave midiendo la elasticidad en kiloPascales (kPa)[rRD1]. Posteriormente se realizó ECC obteniendo curvas de perfusión donde se analizó: pico de intensidad, tiempo en alcanzar el pico, tiempo de tránsito y área bajo la curva

#### Resultados

Se valoran un total de 34 pacientes 48% hombres y 52% mujeres y una edad media de 44 años. Existe [rRD1] una correlación débil inversa entre la elastografía tanto con la ECC y con la calprotectina. La correlación entre la ECC y la calprotectina muestran una correlación débil directa. Sin embargo, todas estas relaciones no son estadísticamente significativas. Hay además una correlación débil, pero significativa entre el grosor parietal y la calprotectina.

#### Conclusiones

En nuestro estudio observamos una correlación débil no significativa entre los hallazgos en la ECC y elastografía respecto a marcadores biológicos.

### RES0188 PAPEL DE LA RM HEPÁTICA FUNCIONAL EN LA DETECCIÓN DE LA RECURRENCIA DEL CARCINOMA HEPATOCELULAR EN PACIENTES CIRRÓTICOS

Jordi Rimola Gibert<sup>1</sup>, Víctor Sapena<sup>2</sup>, Anna Darnell Martín<sup>1</sup>, Angeles García-Criado<sup>1</sup>, Alejandro Forner González<sup>3</sup>, Carmen Ayuso Colella<sup>1</sup>

Hospital Clínic de Barcelona.

<sup>1</sup> Radiología

<sup>2</sup> Medical Statistics Core Facility <sup>3</sup> Hepatología

#### Objetivos

La recurrencia del carcinoma hepatocelular (CHC) tras tratamiento con intención curativa es del 70% a los 5 años. En el seguimiento radiológico, la diferenciación entre captaciones arteriales

inespecíficas y las recurrencias de CHC es crucial.

El objetivo de este estudio piloto es determinar la precisión diagnóstica de la RM con ácido gadodámico (RM-AG) y la secuencia de difusión (DWI) para predecir la recurrencia del CHC.

#### Material y método

Estudio prospectivo unicéntrico. Entre 2014-2017 incluimos pacientes con (1) cirrosis con CHC tratado en respuesta completa; (2) detección de un foco de captación arterial hepática >7mm en RM con contraste extracelular sin lavado venoso. Posteriormente fueron estudiados con RM-AG. El diagnóstico final se estableció mediante histología o seguimiento mediante RM.

#### Resultados

Incluimos 34 pacientes cirróticos (7 mujeres; 73.5% VHC) con un total de 53 captaciones no concluyentes de CHC (tamaño mediano de 10 [9-14]mm). El diagnóstico final fue de 42 CHC y de 11 captaciones vasculares benignas. El diagnóstico de CHC se estableció mediante estudio histopatológico en 15 (35.7%) lesiones o seguimiento por RM en 27 (64.3%).

El riesgo relativo (RR) de que una hipercaptación arterial con hiposeñal en fase hepatobiliar (HB) devenga un CHC a los 4 meses (IC95% 2-7m) fue de 1.46 (IC95% 1.03-2.08; p=0.012; S=69.05%; Esp=72.73%, VPP=90.63%, VP=38.10%), mientras que el RR para las que presentaban hiperseñal en DWI fue del 2.15 (IC95% 1.17-3.97; p=0.0001; S=92.31%; Esp=72.73% VPP=92.31%, VP=57.14%). Combinando hiposeñal HB e hiperseñal DWI el RR fue del 1.46 (IC95% 1.11-1.93; p=0.003; S=54.76%, Esp=90.91%, VPP=95.83%, VP=34.48%).

#### Conclusiones

Los hallazgos de la fase HB y la restricción de la DWI permiten caracterizar las captaciones arteriales inespecíficas observadas en pacientes en riesgo de recurrencia del CHC. El modelo con mayor especificidad a los 4 meses para predecir la recurrencia fue la identificación de una restricción de la DWI e hiposeñal en fase HB.

### RES0197 VALORACIÓN DE LA AFECTACIÓN PERINEURAL EXTRAPANCREÁTICA POR ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS

Carmelo Palacios Miras<sup>1</sup>, Montserrat López Carreira<sup>2</sup>, Antonia Arjonilla López<sup>3</sup>, Laura Astilleros Blanco de Córdoba<sup>2</sup>, Erika Melissa Báez Martínez<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Radiología

<sup>2</sup> Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Anatomía

Patológica <sup>3</sup> Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Radiología

#### Objetivos

El adenocarcinoma de páncreas a pesar de ser el 6º cáncer con mayor incidencia en España es el 3º con mayor mortalidad. Presenta una tasa de supervivencia a los 5 años del 5% ya que se diagnostica en estadios tardíos y tiene tendencia a diseminarse precozmente por vía perineural. Varios artículos recientes han demostrado que la extensión perineural extrapancreática es un factor asociado fuertemente con menor supervivencia.

Evaluaremos la exactitud de la TC para demostrar la existencia de

afectación perineural extrapancreática. Para ello compararemos la presencia de patrones de afectación perineural por TC con las muestras anatomopatológicas de estos tumores.

Además describiremos la relación entre la localización de los adenocarcinomas de páncreas y las diferentes vías de extensión perineural (plexus pancreaticus capitalis 1 y 2, vía anterior, vía de raíz de mesenterio y plexo esplénico).

### Material y método

Se han recogido todos los adenocarcinomas de páncreas operados en nuestro centro desde enero de 2014. Realizamos doble lectura de las TC más próximas en el tiempo a la cirugía. Se registró la localización y tamaño de las neoplasias, así como la presencia de patrones y vías de afectación perineural con TC. Las muestras de anatomía patológica se revisarán específicamente con el fin de determinar la existencia de afectación perineural extrapancreática.

### Resultados

De los 44 pacientes operados de adenocarcinoma de páncreas, 23 fueron mujeres con edad media al diagnóstico de 70 años. Los resultados obtenidos con la TC por los dos lectores se compararán entre sí y con los de la anatomía patológica.

### Conclusiones

Las nuevas terapias neoadyuvantes han aumentado de forma significativa la tasa de respuestas del adenocarcinoma de páncreas. Comprobar si podemos demostrar la existencia de infiltración perineural extrapancreática por TC es crucial ya que se ha demostrado como un factor de muy mal pronóstico y podría hacer que estos pacientes fueran candidatos a quimioterapia neoadyuvante.

## RES0205 ARCASI. UN ARCHIVO DE CASOS INTERESANTES EN LA NUBE

*Julia Calatayud<sup>1</sup>, Antonia Arjonilla López<sup>1</sup>, Pablo López Mesa<sup>2</sup>, Daniel Castellón Plaza<sup>3</sup>, Diana Expósito Jiménez<sup>1</sup>, Silvia Cisneros Carpio<sup>4</sup>*

<sup>1</sup> Hospital Rey Juan Carlos. Radiología

<sup>2</sup> NEXT DIGITAL HUB Telecomunicaciones

<sup>3</sup> Hospital de Fuenlabrada. Radiología

<sup>4</sup> Hospital de Basurto. Radiología

### Objetivos

Desarrollar un archivo personal de casos interesantes en forma de aplicación web, accesible a todos y desde cualquier dispositivo, introduciendo una clasificación sencilla, un sistema de búsqueda potente y la posibilidad de compartirlas fácilmente con otros usuarios.

### Material y método

Hoy en día existen diversas formas de guardar casos radiológicos, entre ellas la clásica libreta, archivos Excel o carpetas compartidas. Sin embargo, ninguna de ellas ha logrado gestionar y compartir

estos casos de manera óptima. Así surge ARCASI (ARchivo de CASos Interesantes), una aplicación web que permite guardar y compartir casos fácilmente.

Está diseñada para guardar casos mediante una clasificación sencilla basada en secciones, patología y localización que facilita la búsqueda y la organización.

El diagnóstico inicial y de confirmación se guardan junto con otros campos (interés docente, caso de guardia, estado...) permitiendo realizar un seguimiento de casos abiertos/cerrados y correctos/incorrectos.

Además, se pueden adjuntar imágenes y referencias bibliográficas relacionadas con el caso subiendo documentos o indicando la URL de la página web.

Mediante etiquetas se pueden organizar los casos de forma personalizada, agrupando así, casos para trabajos, comités o curiosidades personales.

ARCASI se ha desarrollado con tecnologías libres de código abierto y cumple con los estándares web y con la normativa europea de protección de datos.

### Resultados

ARCASI ha supuesto un incremento en el número de casos archivados por parte de los usuarios así como un incremento en el seguimiento de dichos casos.

A día de hoy, cuenta con más de 500 usuarios y más de 19.000 casos archivados.

### Conclusiones

ARCASI es una aplicación diseñada específicamente para radiólogos, que ha resuelto las limitaciones de las herramientas que usamos en la actualidad.

El motor de búsqueda y la sencillez son las claves que han permitido a muchos usuarios encontrar en ARCASI su herramienta definitiva.

## RES0207 MANIFESTACIONES RADIOLÓGICAS DEL ADENOCARCINOMA GÁSTRICO CON CÉLULAS EN ANILLO DE SELLO

*Claudia Jurado Basildo, Gonzalo Tardáguila de la Fuente, Elena Utrera Perez, Montserrat Novoa Ferro, Andrés Sepúlveda Villegas, Selma del Campo Estepar*

*POVISA. Radiodiagnóstico*

### Objetivos

La incidencia del adenocarcinoma gástrico con células en anillo de sello (AGCAS) está en aumento, representando del 3.4% al 45% de los adenocarcinomas gástricos.

El objetivo de este estudio es describir las formas de presentación de los AGCAS.

### Material y método

Estudio retrospectivo y descriptivo de 104 pacientes (55 hombres, 49 mujeres, 66.7 años de edad media) con diagnóstico histológico



AGCAS, entre 2006 y 2018.

Los parámetros a estudiar fueron el sexo, edad, método inicial de diagnóstico (gastroscoopia o TC), forma de presentación en la TC y evolución de la enfermedad hasta el fallecimiento o hasta finalizar del estudio.

### Resultados

En 58 pacientes el diagnóstico se realizó por gastroscoopia y posteriormente solicitaron la TC de abdomen, que detectó tumor gástrico en 45 pacientes (77.6%), con un VPP de 0.77. En el resto de pacientes, el diagnóstico fue mediante una TC de abdomen pedida por otro motivo.

En el momento del diagnóstico, 83 pacientes (79.8%) tuvieron engrosamiento gástrico por TC, 66 (63.46%) adenopatías y 41 (39.42%) tuvieron metástasis, la mayoría carcinomatosis peritoneal (18 pacientes), seguido de infiltración del peritoneo (5). Sólo 4 pacientes tuvieron metástasis hepáticas y sólo 2 metástasis pulmonares.

9 pacientes no tuvieron enfermedad visible por TC, 8 sólo tuvieron adenopatías y 4 se presentaron como enfermedad metastásica sin tumor primario visible.

En algún momento de la evolución, en 69 pacientes se detectó enfermedad metastásica, la mayoría carcinomatosis peritoneal, metástasis óseas y adenopatías a distancia.

De los 63 pacientes sin enfermedad metastásica al diagnóstico, 28 la desarrollaron en su evolución. De éstos, 15 presentaron adenopatías en el estudio inicial y 13 no ( $p=1$ ).

### Conclusiones

El AGCAS es un tumor con un comportamiento diferente al de otros subtipos de cáncer gástrico.

La presencia de adenopatías y/o enfermedad metastásica sin primario conocido debe hacernos sospechar este tumor, pese a no tener lesión gástrica visible en la TC.

de inclusión fueron: adultos (>15 años) ingresados en nuestro hospital con sospecha clínica de PAB durante los años 2015 y 2016 a los que se les realizó análisis sanguíneo y ecografía en Urgencias, y posteriormente colangio-RM durante el ingreso (<10 días). Se realizó un análisis multivariante entre los grupos con colangio-RM positiva y negativa.

### Resultados

Se incluyeron 125 pacientes de los cuales 16 (12,8%) presentaban colangio- RM positiva y 109 (87,2%) negativa. Se encontraron diferencias significativas ( $p$ -valor < 0.05) entre los dos grupos para las variables: ALT, bilirrubina total, dilatación de la vía biliar en ecografía y presencia de coledocolitiasis. El modelo multivariante propuesto presentó un AUC 0,89; sensibilidad 0.88; especificidad 0.86; VPP 0.48 y VPN 0.98.

### Conclusiones

El modelo propuesto puede incrementar la probabilidad de predecir la presencia de coledocolitiasis en la colangio-RM y evitar la realización de exploraciones innecesarias.

## RES0210 ESTIMACIÓN DE LA PROBABILIDAD PRETEST DE COLEDOCOLITIASIS EN RM EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA BILIAR

*Alexandre Pérez Girbés, José Flores Méndez, Juan José Delgado Moraleda, Asunción Torregrosa Andrés, Vicente Navarro Aguilar, Carmen Ballester Vallés*

*HUP La Fe. Área Clínica de Imagen Médica*

### Objetivos

- Comparar y correlacionar la presencia de coledocolitiasis en colangio- RM con los datos de laboratorio y ecografía abdominal en pacientes con pancreatitis aguda biliar (PAB).
- Estimar la probabilidad de coledocolitiasis en colangio- RM en función de parámetros de laboratorio y ecografía abdominal.

### Material y método

Estudio retrospectivo realizado en un único centro. Los criterios

# Pósters Electrónicos:

## XVIII Congreso de la SEDIA

### RADIOLOGÍA DEL TUBO DIGESTIVO

#### PRESENTACIONES ELECTRÓNICAS CIENTÍFICAS

##### RES0008 FALSOS PÓLIPOS EN LA COLONOGRAFÍA-TC DEBIDO A CAMBIOS POR POLIPECTOMÍA RECIENTE

Mario Pagés Llinás, Juan Ramón Ayuso Colella, Sonia Rodríguez Gómez, Carmen Ayuso Colella

*Hospital Clínic de Barcelona. CDI*

##### Objetivos

-Referir cómo cambios secundarios a una polipectomía (CP) pueden simular pólipos o engrosamientos murales en las colonografías-TC (CTC) realizadas el mismo día por colonoscopia incompleta.

-Describir las características por imagen de dichos CP y sus diferencias con pólipos reales.

##### Material y método

Se revisan de forma retrospectiva 7 pacientes con hallazgos en la CTC descritos y comprobados como cambios secundarios a polipectomía reciente. Se recogen datos demográficos de los pacientes y características de las lesiones: número, localización, tamaño, densidad, captación. Se obtiene también información sobre el tipo de pólipo reseado: tamaño, morfología y estudio anatomo-patológico.

##### Resultados

Se analizan un total de 10 CP (en tres pacientes fueron detectadas dos lesiones). La localización más frecuente de los CP fue el sigma (60%), seguido del recto (20%) y colon descendente (20%). 7 lesiones tenían una morfología de pólipo y 3 de engrosamiento mural focal. Su tamaño medio fue de 8.4mm (4-15mm). En 2 lesiones se identificó gas. La densidad media de los CP fue de 53 UH (7-97UH). Las 5 lesiones estudiadas con contraste no mostraron captación significativa.

La media de tamaño de los pólipos reseados fue de 18mm (7-60mm) y su histología de adenoma con displasia de bajo grado (6), adenoma con displasia de alto grado (3) y adenocarcinoma sobre adenoma (1). En siete CP el pólipo reseado era sésil y en tres pediculado.

##### Conclusiones

En las CTC de pacientes con polipectomía reciente debe descartarse la posibilidad de cambios por dicha polipectomía ante hallazgos polipoideos en el mismo segmento colónico. La ausencia de captación y presencia de gas serán signos sugestivos de CP.

##### RES0013 UTILIDAD DE LA FDG-PET/TC EN LA SOSPECHA DE RECIDIVA DE CÁNCER COLORECTAL

Judit Mestres Martí, Aida Sabaté Llobera, Javier Robles Barba, Montse Cortés Romera, Jose Luis Vercher Conejero, Cristina Gámez Cenozo

##### Objetivos

Evaluar la utilidad de la FDG-PET/TC en la sospecha de recidiva de cáncer colorrectal con aumento de CEA y TC previos negativos, analizando las localizaciones donde asienta la recidiva y las causas de negatividad de la TC.

##### Material y método

Se analizaron 39 pacientes (64% hombres, media de edad 69a) la mayoría con un intervalo de tiempo TC-PET/TC <3 meses. Se registraron las localizaciones donde había enfermedad en la PET/TC y se agruparon los pacientes en tres grupos según el valor de CEA (5-9, 10-20 y >20). Las PET/TC positivas se clasificaron en tres grupos de causas según sus discrepancias con la TC (lesiones no visibles/lesiones visibles pero informadas de benignidad/lesiones visibles y no informadas).

##### Resultados

Se registraron 21 (54%) PET/TC positivos: 15 (71%) fueron confirmados de proceso maligno ya sea por cirugía o por su evolución, y 6 (28%) fueron falsos positivos, ya sea por cirugía o por su estabilidad en los controles posteriores (mínimo durante 1 año). No se obtuvo ningún falso negativo durante el seguimiento de los 18 (46%) con PET negativo. Resultó una sensibilidad del 100%, especificidad 75%, valor predictivo positivo 71%, valor predictivo negativo 100% y exactitud 84%.

La localización con mayor número de recidivas fue el peritoneo. El primer grupo de CEA mostró mayor porcentaje de verdaderos negativos (58%). La causa más frecuente de la negatividad de la TC fue el tercer grupo (53%).

##### Conclusiones

La PET/TC tiene una elevada sensibilidad y valor predictivo negativo. El valor de CEA <10 muestra bajo porcentaje de recidivas y el peritoneo es la localización donde la TC tiene mayor dificultad para detectar la enfermedad. La principal causa de no ser detectada la recidiva tumoral en los TC es debida al médico observador y no a la capacidad diagnóstica de la prueba.

## RES0029 EL ENTEROTAC COMO HERRAMIENTA DE DIAGNÓSTICO EN LA EVALUACIÓN DE LA PATOLOGÍA DE INTESTINO DELGADO

Ana Villán González, Elsa García Antuña, Carlos López Muñiz, Yolanda García Alonso, Claudia Pinilla Rivas, Sergio Ozalla Samaniego

*Hospital Universitario Cabueñes. Radiodiagnóstico*

### Objetivos

Mostrar los Resultados del estudio de 50 EnteroTAC realizados en nuestro centro. Destacar la utilidad del EnteroTAC en la evaluación de la patología del intestino delgado en pacientes con EII, sangrado gastrointestinal oculto y sospecha de neoplasia.

### Material y método

Se realizaron 50 EnteroTAC desde septiembre de 2017 hasta mayo de 2018, previa preparación con ayunas e ingesta de 1500 ml. de contraste oral neutro.

Se realiza una adquisición helicoidal abdomino-pélvica tras administración de contraste i.v. En fase enterográfica en el caso de EII, y en fases arterial-portal en sospecha de neoplasia incluyendo serie sin contraste i.v. si sospecha de sangrado.

Posterior postprocesado con reconstrucciones MPR en los planos coronal y sagital.

Se valoran variables de edad, sexo, servicio solicitante, motivo solicitud, tolerancia, grado distensión, inflamación, estenosis, fístulas, abscesos y otros hallazgos.

Se realiza análisis estadístico descriptivo con cálculo de medias, desviaciones, frecuencias y porcentajes.

### Resultados

La media de edad de los 50 pacientes era de 63 años (22-85).

La tolerancia fue buena en todos los pacientes. El motivo de solicitud más frecuente fue relacionada con la EII (66%), anemia (12%), dolor abdominal 6%. En los pacientes con clínica de dolor abdominal no aportó cambios en la actitud; en EII supuso una importante ayuda en el manejo del paciente, sobre todo en enfermedad penetrante. En unos de los casos de anemia se visualizó tumoración de yeyuno.

### Conclusiones

El EnteroTAC es una excelente herramienta diagnóstica en el estudio de patologías que afectan al ID, con buena visualización de pared intestinal y estructuras extraintestinales, además de ser una técnica no invasiva, rápida y accesible (con la desventaja de la radiación ionizante y administración de contraste i.v.) que aporta información complementaria a cápsula endoscópica y EnteroRM.

## RES0039 GASTROSTOMÍAS PERCUTÁNEAS GUIADAS POR RADIOSCOPIA EN 20 PACIENTES. NUESTROS RESULTADOS

Laura Díaz Rubia<sup>1</sup>, Francisco Javier García Verdejo<sup>2</sup>, Ana Milena Muñoz<sup>1</sup>, Irene Garrido Márquez<sup>1</sup>, Paula Pérez Naranjo<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Campus De La Salud. Radiodiagnóstico <sup>2</sup> Hospital Santa Ana. Digestivo

### Objetivos

El objetivo de este trabajo es presentar los resultados obtenidos en 20 pacientes a los que se les realizó una gastrostomía percutánea guiada por radioscopia por radiólogos intervencionistas de nuestro hospital.

### Material y método

Se han revisado las historias clínicas retrospectivamente de 20 pacientes a los que, por indicación clínica se les realizó una gastrostomía guiada por radioscopia.

El procedimiento se realizó por radiólogos intervencionistas bajo anestesia. El equipo de radioscopia utilizado fue un arco digital monopiano que permite colocar el haz de rayos en vertical y horizontal. A los pacientes se les insufló a través de una sonda nasogástrica 1000 centímetros cúbicos de aire para desplazar la cámara gástrica hacia la pared abdominal y a continuación se realizó punción en línea media abdominal o mediolateral izquierda. Mediante técnica de Seldinger se implantó la gastrostomía con fijación de tres puntos en T.

Recogimos datos demográficos, justificación clínica, incidentes durante y tras el procedimiento, así como evolución de los pacientes.

Hemos realizado un estudio estadístico descriptivo básico utilizando medias, desviaciones típicas y porcentajes.

### Resultados

De los 20 pacientes incluidos la edad media fue de 72 ±3 años y el 80% fueron varones.

La gastrostomía se realizó en un 60% por problemas deglutorios secundarios a neoplasias de cabeza y cuello (50% carcinomas laríngeos, 5% tumores de base de la lengua y 5% carcinoma de cavum) y en el 40% por disfagia de causa neurológica (20% demencias y 20% ictus).

No se observaron complicaciones durante el procedimiento.

Solo ocurrieron complicaciones tras el procedimiento en el 20%; a 2 pacientes se les desinsertó la sonda, a 1 paciente se le ocluyó la gastrostomía y a 1 se le infectó el estoma.

### Conclusiones

La gastrostomía percutánea bajo control radioscópico está indicada en pacientes que no pueden alimentarse o presentan disfagia por diversos motivos. Realizada por radiólogos intervencionistas experimentados es segura y efectiva.

## RES0040 QUIMIOEMBOLIZACIÓN DE TUMORES HEPÁTICOS EN 20 PACIENTES: INDICACIONES, TÉCNICA Y RESULTADOS

Laura Díaz Rubia<sup>1</sup>, Irene Garrido Márquez<sup>1</sup>,  
Francisco Javier García Verdejo<sup>2</sup>, Ana Milena Muñoz<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Campus De La Salud. Radiodiagnóstico

<sup>2</sup> Hospital Santa Ana. Digestivo

### Objetivos

Nuestro objetivo es estudiar un grupo de 20 pacientes a los que se les realizó quimioembolización hepática y describir los resultados obtenidos mediante esta terapia.

### Material y método

La quimioembolizaciones hepáticas fueron realizadas por radiólogos intervencionistas bajo radioscopia con un angiógrafo mono o biplano.

Primero se realiza una angiografía vía femoral del tronco celiaco, mesentérica superior y arteria hepática para valorar las posibles variantes anatómicas, confirmar la permeabilidad portal y estudiar la localización y la vascularización de las lesiones tumorales hepáticas. Tras esto se procede a la oclusión de las arterias nutricias del tumor con partículas de embolización y a veces se inyecta quimioterapia intraarterial.

Analizamos retrospectivamente 20 pacientes a los que se les realizó quimioembolización hepática por neoplasia, recogiendo datos demográficos, indicaciones, complicaciones y respuesta a las 4 semanas.

Hemos realizado un estudio estadístico descriptivo básico utilizando medias, desviaciones y porcentajes.

### Resultados

De los 20 pacientes, el 60% eran varones y la edad media fue de 65±4 años.

Las indicaciones de quimioembolización fueron en 50% el hepatocarcinoma y en el otro 50% las metástasis (de colon 40% y neuroendocrinas 10%).

Las complicaciones relacionadas con el procedimiento fueron escasas y leves, desarrollando en un 30% un síndrome postembolización leve y transitorio.

Analizamos la respuesta a la quimioembolización realizando una AngioTC a las 4 semanas encontrando diversos grados de necrosis tumoral en el 80% de los pacientes tratado (70% parcial y 10% total) y en el 20% no se observó necrosis (ausencia de respuesta).

### Conclusiones

La quimioembolización de tumores hepáticos es una intervención paliativa que mejora la calidad de vida en aquellos pacientes en los que no está indicado la cirugía u otras terapias. Es un tratamiento poco invasivo, puede repetirse en varias ocasiones si es preciso y presenta pocas complicaciones, generalmente leves.

## RES0041 RESULTADOS EN 20 COLECISTOSTOMÍAS PERCUTÁNEAS REALIZADAS BAJO CONTROL RADIOLÓGICO MEDIANTE ECOGRAFÍA O TOMOGRAFÍA

Laura Díaz Rubia<sup>1</sup>, Ana Milena Muñoz<sup>1</sup>,  
Francisco Javier García Verdejo<sup>2</sup>, Irene Garrido Márquez<sup>1</sup>,  
Mario Fernández Conesa<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Campus De La Salud. Radiodiagnóstico

<sup>2</sup> Hospital Santa Ana. Digestivo

### Objetivos

El objetivo del estudio es analizar los resultados en pacientes que se sometieron a una colecistostomía percutánea, sus indicaciones, técnicas realizadas y complicaciones encontradas.

### Material y método

La colecistostomía percutánea es realizada por radiólogos intervencionistas bajo control anestésico.

La elección de la modalidad de imagen como guía para los procedimientos depende de la localización y las características en cada caso.

Primero se selecciona el lugar de entrada y se realiza una pequeña hendidura con un bisturí. A continuación, se introduce el catéter de drenaje en el interior de la vesícula. El acceso a la vesícula se confirma mediante la visualización del catéter en el interior de la misma y la aspiración de bilis. El catéter se conecta a una bolsa/colector para drenar el contenido biliar.

Se revisaron retrospectivamente las historias de 20 pacientes a los que se les realizó una colecistostomía percutánea, recogiendo datos demográficos, indicaciones de la terapia, técnica realizada y complicaciones.

Se realizó un estudio estadístico descriptivo básico utilizando medias, desviaciones y porcentajes.

### Resultados

De los 20 pacientes el 55% fueron varones con edad media de 78±4 años.

Las indicaciones fueron en un 50% colecistitis agudas con alto riesgo quirúrgico, en un 30% colangitis refractarias a tratamiento conservador y en un 20% obstrucciones de la vía biliar no subsidiarias de CPRE u otras terapias.

El 70% de las colecistostomías percutáneas se realizaron bajo control ecográfico y el 30% guiadas por TC.

Las complicaciones relacionadas con el procedimiento fueron pocas y leves, siendo la sepsis la más frecuente (10%), seguida del sangrado (5%) y del desplazamiento del catéter (5%).

### Conclusiones

La colecistostomía es tratamiento de elección en la patología inflamatoria y obstructiva vesicular de pacientes con elevado riesgo quirúrgico. Es una técnica fácil, rápida y presenta menos complicaciones que la colecistectomía, pudiendo ser tratamiento definitivo o puente a la cirugía, según el caso.

## RES0042 DERIVACIONES PORTOSISTÉMICAS EN LA HIPERTENSIÓN PORTAL: NUESTROS RESULTADOS EN 20 PACIENTES

Laura Díaz Rubia<sup>1</sup>, Francisco Javier García Verdejo<sup>2</sup>, Felipe Briones Bajaña<sup>1</sup>, Ana Milena Muñoz<sup>1</sup>, Irene Garrido Márquez<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Campus De La Salud. Radiodiagnóstico <sup>2</sup> Hospital Santa Ana. Digestivo

### Objetivos

El objetivo de este trabajo es analizar los resultados obtenidos en 20 pacientes con hipertensión portal a los que se les realizó una derivación portosistémica intrahepática transyugular (TIPS).

### Material y método

Las derivaciones portosistémicas fueron realizadas por radiólogos intervencionistas bajo control anestésico y monitorización del paciente.

Primero se canaliza la vena yugular interna con ecografía y se introduce una guía que mediante radioscopia alcanzará la vena cava inferior. A continuación, se introduce un catéter para sondear la vena suprahepática media donde se mide el gradiente de presiones y se confirma la hipertensión portal (más de 12 mmHg). Posteriormente se realiza abordaje portal desde vena suprahepática media, para posterior dilatación del trayecto intrahepático con balón, colocándose una endoprótesis/stent. En último lugar se comprueba la permeabilidad de la derivación y se estiman de nuevo las presiones.

Hemos estudiado retrospectivamente a 20 pacientes con hipertensión portal a los que les colocaron TIPS analizando datos demográficos, indicaciones, gradiente de presiones previa y posterior al procedimiento y complicaciones.

Realizamos un análisis estadístico básico con medias, desviaciones y frecuencias.

### Resultados

De los 20 pacientes estudiados, el 70% fueron varones con edades medias de 58±6 años.

Las indicaciones para realizar la derivación fueron en 60% hemorragia digestiva por varices refractaria, en 20% síndrome hepato-renal, en 10% ascitis refractaria y en 10% prevención de sangrado por varices esofágicas.

El gradiente de presiones medio previo al TIPS fue de 15±1 y posterior al procedimiento de 7±2 mmHg.

Las complicaciones posteriores fueron hematomas hepáticos en 2 pacientes (10%), mal posición del stent en 2 (10%), fallo renal asociado al contraste en uno (5%) y el desarrollo de un pequeño infarto hepático en otro (5%).

### Conclusiones

La colocación de derivaciones portosistémicas en la hipertensión portal es una terapia paliativa o puente al trasplante, eficaz y poco invasiva, que se realiza en estos pacientes por su alto riesgo quirúrgico.

## RES0043 TRATAMIENTO MEDIANTE DRENAJE DE LA VÍA BILIAR GUIADO POR RADIOSCOPIA EN 20 PACIENTES CON ICTERICIA

Laura Díaz Rubia<sup>1</sup>, Ana Milena Muñoz<sup>1</sup>, Francisco Javier García Verdejo<sup>2</sup>, Paula Pérez Naranjo<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Campus De La Salud. Radiodiagnóstico <sup>2</sup> Hospital Santa Ana. Digestivo

### Objetivos

El objetivo de este trabajo es analizar a 20 pacientes a los que se les realizó una colangiografía transparietohepática (CTPH), sus indicaciones, técnica elegida, así como los resultados y evolución tras el procedimiento.

### Material y método

La CTPH es una técnica realizada de manera urgente o programada y con fines curativos o paliativos en pacientes con obstrucción biliar. Se lleva a cabo bajo control anestésico. En primer lugar, se canaliza la vía biliar con punción transhepática guiada por ecografía para después realizar la colangiografía guiada por radioscopia e identificar la causa de la obstrucción. A continuación, se elige el tipo de drenaje a realizar: externo percutáneo (introduciendo un catéter) o interno (prótesis biliar).

Se estudiaron 20 pacientes con ictericia a los que se les realizó drenaje de la vía biliar guiado por radioscopia, recogiendo datos demográficos, etiología obstructiva, tipo de drenaje empleado y complicaciones posteriores.

Se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo básico con medias, desviaciones típicas y porcentajes.

### Resultados

Se estudiaron 20 pacientes con ictericia, el 70% varones, con edades medias de 70±3 años.

La causa de ictericia fue tumoral en 40% (colangiocarcinoma 30% y tumores de cabeza pancreática 10%), litiasis en 30%, infecciones (colangitis) en 20% y estenosis biliares benignas (yatrógenas y autoinmunes) en 10%.

Se realizó drenaje externo biliar en casos de litiasis, tumores de cabeza pancreática y colangitis (60% del total) y drenaje interno con prótesis biliar en colangiocarcinomas y en estenosis benignas (40%).

Complicaciones solo se observaron en 2 pacientes: 1 desarrolló un hematoma subcapsular hepático que se trató de forma conservadora y evolucionó favorablemente y otro presentó una fuga biliar que se resolvió sin cirugía.

### Conclusiones

El drenaje de la vía biliar guiado por radioscopia es una técnica de elección en pacientes con obstrucción biliar sobre todo en aquellos con alto riesgo quirúrgico, pues es poco invasiva, efectiva y presenta escasas complicaciones.

## RES0055 LA ENTERO-RM EN LA INVESTIGACIÓN DE LA PATOLOGÍA ABDOMINAL DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA E INESPECÍFICA

Gonzalo Lecumberri Cortés, María Victoria Bárcena Robredo, Naroa Nates Uribe, María Isusi Fontán, Ane Ibañez Zubiarrain, Eider Alcalde Odriozola

Hospital universitario de Basurto. Radiodiagnóstico-abdomen

### Objetivos

La entero-Rm se ha convertido en la prueba diagnóstica de elección para valorar la patología del intestino delgado fundamentalmente en el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad de Crohn.

Pero en la práctica clínica diaria se realizan además entero-RM a pacientes con dolores abdominales vagos e inespecíficos de etiología no aclarada acompañados en muchas ocasiones de otra sintomatología como diarrea y alteración del ritmo intestinal.

El objetivo de este trabajo es valorar los hallazgos en la enteroRM de pacientes con dolor abdominal de etiología desconocida e inespecífica y valorar la evolución clínica de estos pacientes en un periodo mínimo desde la realización de la entero-Rm de 2 años.

### Material y método

Hemos realizado un estudio retrospectivo valorando las entero-RM realizadas en un periodo de 4 años (2012-2015) en nuestro hospital: en este periodo se han realizado 450 entero-RM de las que 80 (18%) se realizaron en pacientes con dolor abdominal inespecífico y de etiología inespecífica.

Se han excluido los pacientes que tenían ya un diagnóstico previo, generalmente enfermedad de Crohn, excluyendo también a los pacientes a los que se les habían realizado otras pruebas diagnósticas.

Se ha valorado el motivo de petición, la edad, el sexo, los hallazgos intestinales, los hallazgos extra-intestinales, la calidad y tolerancia al estudio y el seguimiento clínico del paciente en un periodo mínimo de 2 años.

Las entero-RM se han realizado en una resonancia Siemens 1,5 T Magnetom Aera.

### Resultados

El motivo de petición de la entero-RM fue de dolor abdominal inespecífico en 47 pacientes (60%), dolor abdominal y diarrea en 22 (27,5 %), dolor abdominal y vómitos en 3 (3,75%) y alteración del ritmo intestinal en 8 (10%).

No se objetivaron hallazgos significativos en 72 pacientes (90%) en el seguimiento clínico de estos pacientes 3 fueron diagnosticados posteriormente de enfermedad celíaca, 1 de infección por *Strogylodes stercolaris* y 2 de colon irritable.

Se han diagnosticado a 8 pacientes con patología intestinal: 4 ileitis sugestivas de enfermedad de Crohn, 3 colitis sugestivas de colitis ulcerosa y una diverticulitis.

No se han hallado hallazgos extra-intestinales significativos.

La entero-RM ha sido de calidad y bien tolerada en 75 pacientes (93 %).

### Conclusiones

En los pacientes con dolor abdominal inespecífico y con sintomatología vaga a entero-RM diagnostica pocos casos de patología intestinal (10%) pero tiene un fuerte valor predictivo negativo pudiendo descartar con seguridad patología intestinal fundamentalmente la enfermedad de Crohn. Además, es bien tolerada (93%) y presenta la ventaja de no radiar.

## RES0122 EXPECTATIVAS DEL EQUIPO INTEGRADO PET-RM EN EL ESTADIAJE DE LA NEOPLASIA RECTAL

Santiago Mourelo López<sup>1</sup>, Jose Ramón García Garzon<sup>2</sup>, Mariana Soler Peter<sup>2</sup>, Cesar Arribas Amo<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> Antonia Blanch Labrador<sup>2</sup>, Eduard Riera Gil<sup>2</sup>

<sup>1</sup> CETIR-ERESA. Radiología

<sup>2</sup> CETIR-ERESA. Medicina Nuclear

### Objetivos

En la actualidad la RM es la técnica de elección en la estadificación del cáncer de recto mientras que la información metabólica de la PET con 18F-FDG presenta un carácter complementario. El objetivo de este estudio es valorar la implementación del equipo integrado PET-RM en el circuito diagnóstico de la estadificación del cáncer de recto.

### Material y método

El protocolo PET/RM con 18-FDG incluye secuencias de cuerpo completo T1, T2-STIR y DWI y estudio morfológico con secuencias T2 para estudio locorregional morfológica de la neoplasia rectal.

### Resultados

La valoración del estadio T no se ve implementada con la información metabólica. Sin embargo, la valoración de los depósitos tumorales mesorrectales y la infiltración vascular extramural se ve reforzada con el grado de captación de 18F-FDG. Los hallazgos de la PET presentan una mayor especificidad en la estadificación ganglionar. La realización de la exploración PET/RM en un solo acto diagnóstico permite una mayor tasa de detección de lesiones a distancia.

### Conclusiones

El equipo integrado PET-RM abre nuevas expectativas para una estadificación locorregional y a distancia del cáncer de recto en el mismo acto diagnóstico.

### RES0126 IMPORTANCIA DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA Y EVALUACIÓN RADIOLÓGICA EN EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA

María Cristina Ladehesa Pineda<sup>1</sup>, Enrique Gómez Gómez<sup>2</sup>, Daniel José López Ruíz<sup>1</sup>, Belén Martínez Morillo-Vekarde<sup>1</sup>, Julia Carrasco Valiente<sup>2</sup>, María José Requena Tapia<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital Universitario Reina Sofía. Radiodiagnóstico <sup>2</sup> Hospital Universitario Reina Sofía. Urología

#### Objetivos

Comparar la tasa de detección de la biopsia transrectal guiada por fusión de imágenes con la biopsia estándar sistemática (target vs sistemática) en pacientes con biopsia previa negativa o en vigilancia activa (VA) y correlacionar resultados con la categoría PIRADS.

#### Material y método

Estudio prospectivo en pacientes con biopsia previa (negativa o en VA) que presentaban lesión sospechosa en 1,5 T mpRM (PIRADS V.2 mayor o igual a 3). La RM fue revisada por un único radiólogo experimentado. Se comparó la tasa de detección de ambas aproximaciones (target vs sistemática, y la tasa de detección de ambos métodos combinados).

#### Resultados

Se analizaron 176 pacientes (143 con biopsia negativa y 33 en VA). La tasa global de diagnóstico de cáncer de próstata (PCa) y cáncer significativo (Sig PCa) fue 106(60,2%) y 86(48,9%). Un total de 25(14,2%) lesiones target fueron reclasificadas a PIRADS<3. En pacientes con biopsia previa negativa la biopsia combinada diagnosticó similar número de PCa [65(45,5%) vs 69(48,3%); p=0,59], pero la biopsia target diagnosticó mayor número de Sig PCa que la sistemática [62(43,4%) vs 40(28%); p<0,001], diagnosticando ambas aproximaciones juntas el mayor número de Sig PCa [68(47,6%) vs 62(43,3%); p <0,05]. En pacientes en VA la biopsia target mostró una tendencia a mayor número de Sig PCa sin ser estadísticamente significativo [15(45,5%) vs 13(39,4%); p=0,73], con similar conclusión para la biopsia con ambos métodos combinados.

#### Conclusiones

La biopsia dirigida con fusión de imágenes mejora la tasa de diagnóstico de cáncer significativo en pacientes con biopsia previa negativa, siendo la tasa de diagnóstico mayor cuando se combina biopsia target más sistemática. En VA, a pesar de una tendencia similar, la reducción muestra no permite aún establecer

**Conclusiones.** La experiencia del radiólogo en la valoración de la mpRM de próstata es clave para mejorar los resultados del procedimiento de biopsia dirigida y del manejo del paciente.

### RES0181 CORRELACIÓN DE LA DENSIDAD DE LA SANGRE, HÍGADO Y BAZO EN TC SIN CONTRASTE: IMPLICACIÓN EN EL DIAGNÓSTICO DE ESTEATOSIS

Ahmed Zidan, Joanna Skrzeczkowska, Mar Alarcón

Fundación Hospital St. Joan de Déu. Radiodiagnóstico

#### Objetivos

La relación de la densidad entre el hígado y el bazo se usa como marcador de la esteatosis hepática. El bazo es un órgano muy vascularizado y actúa como reservorio de sangre. El hematocrito y la hemoglobina afectan la densidad de la sangre y por tanto indirectamente la del bazo.

El objetivo de este estudio es correlacionar la densidad de la sangre en aorta abdominal con el hematocrito y la del hematocrito con las densidades de la sangre en aorta abdominal, en bazo y en hígado.

#### Material y método

Se evaluó TC de abdomen y/o tórax sin contraste e.v. en 200 pacientes. Se midió la densidad de la sangre en aorta abdominal, así como la del hígado y el bazo al mismo nivel axial. Se analizó la correlación del hematocrito con la densidad de la sangre, del bazo y del hígado.

#### Resultados

Existe una correlación lineal del hematocrito con la densidad de la sangre (R=0.743, P=0.01) y de la densidad de la sangre con la del bazo (R=0.591, P=0.01).

Existe menor correlación lineal de la densidad de la sangre con la del hígado (R=0.361, P=0.01).

#### Conclusiones

El hematocrito afecta la densidad del bazo y en menor medida la del hígado. Esto afectaría el valor de corte de la diferencia de densidad entre ambos para el diagnóstico de la esteatosis en el TC sin contraste. Se requieren más estudios para ver el efecto de estos hallazgos en pacientes con esteatosis cuantificada por histología o RM.

### RES0186 UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA URETRAL EN LA VALORACIÓN DE LA ESTENOSIS DE URETRA

Ruth Expósito Díaz<sup>1</sup>, María Jesús Martínez Pérez<sup>1</sup>, Isabel María García Chaume<sup>1</sup>, Andrés Adolfo Painel Seguel<sup>1</sup>, Tomás Ripollés González<sup>1</sup>, Jorge Planelles Gómez<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital Universitari Doctor Peset. Radiodiagnóstico <sup>2</sup> Hospital Universitari Doctor Peset. Urología

#### Objetivos

Evaluar el impacto de la sonouretrografía (SU) en la valoración preoperatoria de la estenosis uretral.

#### Material y método

Estudio prospectivo observacional en pacientes con diagnóstico

primario y/o recidiva de estenosis uretral. Se compararon los resultados de la localización, longitud y severidad de la estenosis obtenidos por CUMS, SU y cistoscopia con la técnica de referencia, la medición directa intraoperatoria. Se valoró la extensión de la espongiopatía mediante SU.

### Resultados

Se intervinieron 11 pacientes entre 2014-2016, con una media de edad de 59,9+/-14,5 años. La longitud media de las estenosis fue: SU (17,5+/-7,3 mm) versus cirugía (19+/-10,5 mm), sin diferencias significativas ( $p=0,32$ ); CUMS (10+/-7,1 mm) versus cirugía, con diferencias significativas ( $p<0,002$ ). La localización quirúrgica de la estenosis fue bulbar (54,5%), bulbopeneana (36,5%) y peneana (9%). El grado de estenosis en cirugía fue: leve-moderada en 2 pacientes y severa en 9 pacientes; en la SU: estenosis leve-moderada en 3 pacientes y severa en 8 pacientes, con correlación de Spearman entre cirugía y SU del grado de estenosis de 0,77 e índice Kappa de 0,744.

### Conclusiones

La SU presenta mayor precisión que la CUMS en la determinación del grado y la longitud de la estenosis uretral, presentando valores muy similares a los obtenidos en la cirugía, contribuyendo a una mejor planificación de la intervención quirúrgica.

## RES0211 ANÁLISIS DE 10 PACIENTES DIAGNOSTICADOS MEDIANTE TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA DE HEMATOMA DE RECTO ABDOMINAL

Ana Milena Muñoz<sup>1</sup>, Carmen Martínez Huertas<sup>2</sup>, Laura Díaz Rubia<sup>1</sup>, María Ángeles Valero González<sup>1</sup>, Yolanda Núñez Delgado<sup>1</sup>, Carlos Martínez Martínez<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital Universitario Campus de la Salud. Radiodiagnóstico

<sup>2</sup> Hospital Universitario San Cecilio. Radiodiagnóstico

### Objetivos

El objetivo de este trabajo es analizar 10 pacientes a los que se les realizó tomografía axial computarizada multifásica para el diagnóstico de hematoma de la vaina de los rectos abdominales. Analizamos la técnica elegida para su diagnóstico, la extensión del hematoma y la presencia o no de sangrado activo que condicionó el manejo terapéutico.

### Material y método

La tomografía axial computarizada multifásica es la técnica de elección realizada de manera urgente en nuestro centro para la evaluación del hematoma de los rectos abdominales, con especial relevancia a la realización de fase arterial para la evaluación de sangrado activo.

Se estudiaron 10 pacientes con diagnóstico mediante TCMD de hematoma de la vaina de los rectos.

Se recogen datos de la causa del sangrado, la presencia de sangrado activo y el manejo terapéutico adoptado según los hallazgos. Se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo básico.

### Resultados

Se estudiaron 10 pacientes con diagnóstico mediante TCMD de hematoma de la vaina de los rectos.

La causa más prevalente fue el tratamiento de base con terapia anticoagulante.

La TCMD mostró presencia de sangrado activo en 7 pacientes que correlacionando con los datos clínico-analíticos y el estado hemodinámico del paciente llevaron a realizar de manera urgente embolización intraarterial selectiva de la arteria epigástrica inferior del abdomen.

Los 3 casos restantes en los que no se demostró sangrado activo y con estabilidad hemodinámica se trataron de manera conservadora, con pruebas de imagen de control, analizándose en un plazo de 3 a 6 meses la resolución del hematoma.

No se observaron complicaciones asociadas al procedimiento ni al cuadro de base.

### Conclusiones

El hematoma de la vaina de los músculos rectos abdominales es una causa poco frecuente de dolor abdominal que requiere de un diagnóstico rápido y certero.

Los hallazgos encontrados en pruebas de imagen permiten seleccionar su adecuado manejo terapéutico.

## RES0217 INCIDENCIA DE NEFROPATÍA INDUCIDA POR CONTRASTE INTRAVENOSO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TRAS IMPLEMENTAR U

Isabel María García Chaume<sup>1</sup>, Cristina Castro-Alonso<sup>2</sup>, Mercedes González Moya<sup>2</sup>, Tomás Ripollés González<sup>1</sup>, Ruth Expósito Díaz<sup>1</sup>, Andrés Adolfo Painel Seguel<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Universitario Doctor Peset. Radiodiagnóstico

<sup>2</sup> Hospital Universitario Doctor Peset. Nefrología

### Objetivos

Evaluar el protocolo implantado en nuestro hospital para la prevención de la nefropatía inducida por contraste (NIC) en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC).

### Material y método

Estudio prospectivo observacional de estudios de TC con contraste yodado intravenoso en las que se implementó el protocolo de prevención de NIC en pacientes de riesgo (filtrado glomerular <30 fluidoterapia intravenosa; FG:30- 45 fluidoterapia oral; +/- N-acetilcisteína). Recogida de datos demográficos, clínicos y analíticos (Cr, Urea, Albúmina, FG) previo a la prueba y 48-96 horas posteriores. Definición NIC: deterioro función renal a las 48 horas hasta 5 días después del contraste, con aumento creatinina plasmática > 0,5 mg/dl o incremento relativo > 25%.

### Resultados

Protocolo activado en 122 estudios de TC con contraste. 71% (n=87) varones, media de edad 75,5 años. 88,5% (n=108) tenían ERC previa: 23,8% (n=29) FG< 30; 68,9% (n=84) FG 45-30 y 7,3%



(n=9) FG 45-60. 24 pacientes (85,7%) con FG<30ml/min recibieron fluidos iv; 43 (35%) pacientes recibieron N-acetilcisteína. Sólo 8 (6,6%) presentaron deterioro de función renal y atribuida en 4 a NIC, con una incidencia de NIC del 3,3%. Por grupos: FG <30, un paciente; FG 45-30, 3 pacientes y ninguno con FG > 45. De los casos con NIC, la mitad (n=2) recibieron fluidos iv y un 50% recibió N- acetilcisteína.

### Conclusiones

La incidencia de NIC en pacientes con ERC tras implementar el protocolo de prevención de NIC es baja, cercana a la incidencia en la población general.

### RES0218 RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA CORPORAL Y TUMORES HEPÁTICOS. CAMBIOS MORFOLÓGICOS EN TC Y SU INTERPRETACIÓN

*María del Castillo García Martínez,  
María Cristina Ladehesa Pineda, Andrea Fernández Miralbell,  
Belén Martínez Morillo-Velarde, Manuel Ruza Pérez- Barquero*

*Hospital Universitario Reina Sofía. Radiodiagnóstico*

### Objetivo docente

Revisar las modificaciones morfológicas de los tumores hepáticos tratados con radioterapia estereotáxica corporal (SBRT) y correlacionarlos con la respuesta a la misma.

### Revisión del tema

La radioterapia estereotáxica corporal (SBRT) es una técnica que permite de forma no invasiva y en pocas sesiones administrardosis muy altas de irradiación sobre una lesión diana, respetando el tejido normal adyacente.

Su uso para metástasis cerebrales ha mostrado tasas de control local de más del 80-90%. Sin embargo, su uso en el tratamiento de los órganos intraabdominales se vió obstaculizado por el movimiento de estos junto con la respiración. La aparición de sistemas de control del movimiento del tumor durante la respiración y la delimitación de las lesiones con precisión mediante imágenes de tomografía computarizada (TC), ha permitido aplicar la SBRT sobre tumores o metástasis extracraneales.

Menos del 20% de las metástasis hepáticas son subsidiarias de tratamiento quirúrgico, por lo que, como alternativa a la cirugía y en pacientes seleccionados, es posible tratar algunos tumores hepáticos de una forma muy eficaz gracias a la SBRT, la cual tiene un gran efecto ablativo, con gran capacidad de destrucción tumoral, consiguiendo un control local de hasta el 80-90% a 2-3 años en el caso de las metástasis y hepatocarcinoma.

Es de suma importancia monitorizar la respuesta al tratamiento basándose en hallazgos radiológicos, fundamentalmente mediante TC. Tanto las lesiones como el tejido adyacente muestran algunas características inusuales que el radiólogo debe de conocer. La correcta interpretación de las mismas permitiría establecer la respuesta o progresión tumoral.

Monitorizamos por TC la respuesta de las lesiones hepáticas tratadas con SBRT en nuestro centro.

### Conclusiones

Valorar correctamente las características radiológicas de las lesiones tumorales hepáticas tras el tratamiento con SBRT es fundamental para establecer la respuesta o progresión de las mismas.

## PRESENTACIONES ELECTRÓNICAS EDUCACIONALES

### RES0005 IMAGEN RADIOLÓGICA DEL CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES METASTÁSICO TRATADO CON INHIBIDORES DE LA TIROSINA KINASA

*Laura Cerón Nasarre, Juan Carlos Aparicio López,  
Jorge Hernandez García, Ana Alejandra Narbona Díez,  
Xavier Pruna Comella*

*Hospital general de Granollers. Radiodiagnóstico*

### Objetivo docente

Describir las localizaciones más frecuentes de metástasis del carcinoma de células renales (CCR), comparar la respuesta radiológica por TC de dichas lesiones antes y después del tratamiento con inhibidores de tirosina quinasa (TKI) y comparar las imágenes radiológicas según la localización en los diferentes órganos.

### Revisión del tema

El cáncer de células renales representa el 2-3% de los tumores malignos en los adultos y constituye el 90% de los tumores malignos del riñón. La enfermedad metastásica de RCC se presenta en un porcentaje significativo y suele asociarse con un mal pronóstico global. Este tumor es hipervascular y por eso, los TKI, que se dirigen al dominio quinasa intracelular del receptor del factor de crecimiento endotelial vascular, se han establecido como el fármaco más exitoso en esta enfermedad. Estos fármacos interfieren en la angiogénesis del RCC, modificando así la imagen radiológica por TC con contraste, haciéndolo necesario el estudio de la evolución del aspecto radiológico de los hallazgos encontrados. Con el fin de comparar la respuesta radiológica de TKI en las metástasis de los diferentes órganos, se elige una serie de parámetros como el tamaño, la morfología y el realce de contraste para ser evaluados en un TC antes y después del inicio del tratamiento.

### Conclusiones

Dado que el mecanismo de acción de TKI es complejo y su efecto dispar según el órgano en el que actúan, cabe esperar una respuesta radiológica heterogénea de las lesiones metastásicas. El conocimiento de este comportamiento diferente dependiendo del órgano es necesario para evaluar correctamente la respuesta al tratamiento.

## RES0006 DIAGNÓSTICO DEL HEMATOMA RETROPERITONEAL ESPONTÁNEO: LO QUE EL RADIÓLOGO DEBE CONOCER

Montserrat Monzón Gaspà, Auxiliadora Peralta Silva, Xavier Salvador Izquierdo, Sonia Carmen Rodríguez González, Angel Seara Gil

*Hospital Nuestra Señora de Meritxell. Radiología*

### Objetivo docente

El HRE debe considerarse en el diagnóstico diferencial de las masas del retroperitoneo. La familiaridad con los hallazgos clínicos e imagenológicos de las masas retroperitoneales facilita el diagnóstico y tratamiento.

### Revisión del tema

El hematoma retroperitoneal espontáneo (HRE) es una enfermedad rara, que se define como el hematoma del retroperitoneo o del mesenterio que ocurre sin historia reciente de trauma, tratamiento anticoagulante o enfermedad vascular.

En cuanto a la causa de esta enfermedad, permanece aún incierta. No obstante, se ha encontrado que existen varios factores asociados, como la hipertensión arterial, la arteriosclerosis, las malformaciones arteriales y las diátesis hemorrágicas.

El manejo de los HRE depende de la presentación clínica. Se indica la cirugía de urgencia si el paciente muestra signos de una importante pérdida de sangre o una complicación secundaria, tal como una obstrucción o una isquemia intestinal. Si los hematomas retroperitoneales son pequeños, estables y oligosintomáticos, podrían no requerir cirugía y evolucionar espontáneamente.

Cuando se realiza cirugía, el procedimiento incluye la disección y evacuación del hematoma y la búsqueda de un punto sangrante. Cuando resulta posible la ubicación de una lesión responsable de la hemorragia, el caso ya no es por definición un HRE y, por ejemplo, en la eventualidad de sangrado renal habitualmente conlleva a una nefrectomía (síndrome de Wunderlinch).

Dentro de los diagnósticos diferenciales del HRE están los tumores y las masas quísticas del retroperitoneo. Los tumores retroperitoneales son poco frecuentes, representan entre 0,3% y 0,8% de todas las neoplasias.

### Conclusiones

El sangrado abdominal espontáneo es un diagnóstico principalmente radiológico. Por este motivo, el radiólogo debe saber reconocer sus signos y tener presentes las diferentes etiologías que lo originan.

## RES0007 SEUDOObSTRUCCIÓN INTESTINAL CRÓNICA PRIMARIA. UNA CAUSA INFRECUENTE DE DISTENSIÓN INTESTINAL

Esther García Rodríguez<sup>1</sup>, Ana Oliva Martí<sup>2</sup>, Greicy Muniz da Silva<sup>1</sup>, Marta Herrero Redondo<sup>1</sup>, Marta Bonfill Garcin<sup>2</sup>, Fernando García Lorente<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Verge de la Cinta de Tortosa. Radiodiagnóstico

<sup>2</sup> Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta. Radiodiagnóstico

### Objetivo docente

Puesta al día de una entidad poco frecuente pero con alta morbilidad, en la que es necesaria la sospecha clínicoradiológica para evitar cirugías innecesarias.

### Revisión del tema

La distensión abdominal aguda puede ser de causa mecánica (íleo mecánico u obstrucción intestinal) o funcional (íleo paralítico). Otra entidad a tener en cuenta es la pseudoobstrucción intestinal, caracterizada por la existencia de propulsión intestinal anómala, que puede simular obstrucción intestinal, en ausencia de causas mecánicas. Afecta más frecuentemente al colon, pero también al intestino delgado.

Dentro de ésta última entidad, ha tenido una mayor compresión en las últimas décadas el síndrome de pseudoobstrucción intestinal agudo o Síndrome de Ogilvie, que afecta frecuentemente a embarazadas, ancianos y pacientes crónicos o postquirúrgicos. Presentan clínica de oclusión, identificando una marcada dilatación intestinal que afecta más frecuentemente al colon, sin sustrato orgánico.

Bastante menos conocida es la pseudoobstrucción intestinal crónica primaria, que consiste en una dismotilidad intestinal de incidencia incierta que afecta a pacientes jóvenes, causante de síntomas de obstrucción intestinal de más de 6 meses de evolución; sin causa orgánica oclusiva identificable, ni sistémica o genética demostrable (según varios estudios secundaria a miopatía intestinal o neuropatía visceral). Como consecuencia de la disfunción motora, se producen cambios estructurales importantes en algunos segmentos del tracto gastrointestinal, en los que destaca distensión y aperistalsis, por lo que los estudios radiológicos son de gran importancia en el diagnóstico. Dicha entidad presenta una evolución impredecible, con múltiples exacerbaciones y remisiones, que obligan a medidas de apoyo nutricional.

### Conclusiones

El conocimiento de estos síndromes de obstrucción intestinal crónica es limitado. Se trata de una entidad mórbida que afecta a pacientes jóvenes, de etiología incierta y sin armas terapéuticas eficaces. El diagnóstico debe sospecharse con la clínica y los hallazgos radiológicos, para evitar cirugías innecesarias, siendo imprescindible la confirmación histopatológica de daño muscular o nervioso.

### RES0009 TUMORES NEUROENDOCRINOS: ¿QUIÉNES SON Y CÓMO RECONOCERLOS?

*Xiomara Plasencia Cruz, Juan Luis Conchuela Fumero, Daniel Martín Rodríguez, Melanie Moana Sánchez, Inés Carolina Cabrera Veloz, Marta Brime Gómez*

*Hospital Universitario de Canarias. Radiodiagnóstico*

#### Objetivo docente

El objetivo de este póster es conocer la clasificación actual y las características radiológicas típicas de los tumores neuroendocrinos del eje gastroenteropancreático.

#### Revisión del tema

Los tumores neuroendocrinos (TNE) son un grupo heterogéneo e infrecuente de neoplasias que surgen de las células que conforman el sistema neuroendocrino. Dichas células, derivadas de la cresta neural, se distribuyen por prácticamente todo el organismo durante el desarrollo embrionario, motivo por el cual los TNE pueden desarrollarse en múltiples localizaciones, asentando la mayoría de ellos en el eje gastroenteropancreático. En este póster haremos mención de las características generales de los TNE del aparato digestivo, tales como su epidemiología, comportamiento biológico y presentación clínica sindrómica. Por otro lado, revisaremos las clasificaciones más actuales de los mismos, diferenciando los TNE pancreáticos (sindrómicos o no sindrómicos) de los de origen gastrointestinal (TNE bien diferenciado, carcinoma neuroendocrino bien diferenciado, carcinoma endocrino mal diferenciado). Por último, comentaremos el protocolo de estudio para el diagnóstico, estadificación y seguimiento de este tipo de tumores y nos centraremos en los hallazgos radiológicos típicos de los mismos según su localización, ejemplificando cada tipo con diferentes casos recogidos en nuestro centro durante los últimos 10 años.

#### Conclusiones

Los TNE son un grupo infrecuente y heterogéneo de tumores a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial ante la sospecha de neoplasia a nivel del eje gastroenteropancreático, por lo que familiarizarse con sus características generales y con los hallazgos radiológicos típicos es clave para su diagnóstico precoz y posterior abordaje terapéutico.

### RES0010 MANEJO POR RADIÓLOGO INTERVENCIONISTA DE LAS COMPLICACIONES DEL TRASPLANTE RENAL

*Daniel Martín Rodríguez, Pierre Charles Marie Lemercier, Xiomara Plasencia Cruz, Ignacio González García, Heliodoro Vallés González, Marta Brime Gómez*

*Complejo Hospitalario Universitario de Canarias Radiodiagnóstico*

#### Objetivo docente

Revisar el tratamiento por radiología intervencionista de las complicaciones que pueden aparecer en los trasplantes renales que sean vasculares, urológicas o linfáticas.

#### Revisión del tema

El trasplante renal es el tratamiento de elección de la insuficiencia renal terminal. En nuestro hospital se realizan más de 100 trasplantes al año.

Las complicaciones post-operatorias aparecen en 12-20% de los pacientes según la literatura. En la gran mayoría de los casos, tratamientos mínimamente invasivos por radiólogos intervencionistas permiten curar al paciente y evitar la cirugía.

Esos incluyen procedimientos endovasculares para estenosis arterial, embolización de fístula arterio-venosa, embolización de pseudoaneurismas, nefroureterostomías para fugas urinarias o estenosis ureteral, pero también drenajes de hematomas, esclerosis de linfocele...

#### Conclusiones

El radiólogo intervencionista juega un papel central en el manejo postoperatorio del trasplante renal. Los tratamientos mínimamente invasivos permiten en la mayoría de los casos tratar adecuadamente las distintas complicaciones postoperatorias que pueden aparecer.

### RES0011 HALLAZGOS RADIOLÓGICOS DE LA ENDOMETRITIS INTESTINAL

*Cristina La Parra Casado<sup>1</sup>, Rubén Molina Fàbrega<sup>2</sup>, Julia Cano Gimeno<sup>3</sup>, Miquel Forment Navarro<sup>3</sup>, Francisco Javier Blanco González<sup>3</sup>, Esther Blanco Pérez<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Hospital universitario de la Ribera. Radiología

<sup>2</sup> Hospital de Manises. Radiología

<sup>3</sup> Hospital universitario de la Ribera. Cirugía General y Digestiva

#### Objetivo docente

Revisar los hallazgos radiológicos de la endometriosis intestinal, tanto los casos más frecuentes, de afectación recto-sigmoidea, como aquellos que se presenten en otras localizaciones, como intestino delgado o resto del colon. Valorar el diagnóstico diferencial con otras enfermedades propias de estos segmentos intestinales.

#### Revisión del tema

La endometriosis es una enfermedad de origen ginecológico secundaria a la presencia de tejido de tipo endometrial de localización extrauterina, que induce una reacción inflamatoria crónica. La afectación intestinal tiene lugar en los casos de endometriosis infiltrante, en los que los focos de tejido endometrial se adhieren a la serosa e invaden la capa muscular originando una proliferación de músculo liso con consiguiente formación de una masa, estenosis y obstrucción del asa. Los síntomas asociados son la presencia de estreñimiento, diarrea, tenesmo, disquecia y sangrados rectales. La frecuencia de la afectación intestinal es desconocida, pero en los casos que tiene lugar la localización más frecuente es el área recto-sigmoidea. En ocasiones la afectación intestinal puede ser el único signo de la enfermedad, lo cual plantea un diagnóstico diferencial complejo

con otras masas intestinales, de origen inflamatorio o tumoral. La colonoscopia tiene una baja sensibilidad en la detección de estas alteraciones dado que la mayoría de casos no muestran alteración de la mucosa. Además, los casos de diagnóstico más complejo se plantean en asas de intestino delgado.

### Conclusiones

El reconocimiento de los hallazgos radiológicos propios de esta afectación es muy útil de cara al diagnóstico correcto y el mejor planteamiento quirúrgico de estas lesiones.

### RES0012 COMPLICACIONES DE LA PANCREATITIS AGUDA Y PAPEL DE LOS PROCEDIMIENTOS INTERVENCIONISTAS EN SU MANEJO

*Xiomara Plasencia Cruz, Juan Luis Conchuela Fumero, Melanie Moana Sánchez, Daniel Martín Rodríguez, Ibrahim Hernández González, María Teresa Morales Rodríguez*

*Hospital Universitario de Canarias. 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.

### RES0014 LET'S TWIST AGAIN!: CLAVES DIAGNÓSTICAS DE LOS VÓLVULOS Y MALROTACIONES DIGESTIVAS

*David Uceda Navarro, Rubén Molina Fàbrega, Sonia Insa Mollá*

*Hospital de Manises. Radiodiagnóstico*

#### Objetivo docente

Repasar los hallazgos radiológicos clásicos y claves para el diagnóstico de los vólvulos del tracto gastrointestinal con especial énfasis en Rx simple y TC. Recordar sus mecanismos fisiopatológicos, presentación clínica y complicaciones.

#### Revisión del tema

Los vólvulos digestivos, aunque relativamente poco frecuentes, constituyen una urgencia quirúrgica que puede poner en grave riesgo la vida del paciente. Por ello, es fundamental una pronta sospecha clínica, a veces dificultada por una sintomatología abdominal inespecífica, y un rápido y preciso diagnóstico radiológico para evitar potenciales complicaciones letales como la isquemia y la necrosis intestinal.

En esta revisión repasamos los hallazgos en imagen de los vólvulos y malrotaciones digestivos, destacando también la forma de presentación clínica, los signos radiológicos típicos y claves para su diagnóstico y sus complicaciones. Nos referiremos al vólvulo gástrico, cecal y de sigma, así como al vólvulo y malrotación de intestino medio.

Las complicaciones más graves y mortales en todos ellos son comunes, la isquemia intestinal y la necrosis, por lo que en todos los casos el manejo será cirugía urgente para evitar el desarrollo de las mismas.

### Conclusiones

Los vólvulos gastrointestinales, independientemente de su localización, son potencialmente letales para el paciente. Es fundamental pensar en ellos ante todo cuadro oclusivo y saber reconocer los signos radiológicos clásicos para un diagnóstico rápido y preciso. La demora en el diagnóstico conlleva el desarrollo de complicaciones mortales como la isquemia y la necrosis.

### RES0015 HAMARTOMATOSIS BILIAR MÚLTIPLE: "HABERLA, HAYLA Y MUCHO"

*Antonio Doblaz Delgado, Rafaela Muñoz Carrasco, María del Castillo García Martínez*

*Hospital Universitario Reina Sofía. Unidad de Gestión Clínica de Radiodiagnóstico y cáncer de mama.*

#### Objetivo docente

Realizar una revisión de la hamartomatosis biliar múltiple (HBM) y describir sus hallazgos en las diferentes técnicas de imagen.

### Revisión del tema

La HBM, o complejos de Von-Meyenburg, es una patología congénita hepática, generalmente benigna, debida a un defecto en la involución embrionaria de los conductos biliares periféricos. Suele ser un hallazgo casual, aunque puede presentarse con alteraciones de las enzimas hepáticas.

Aunque su incidencia en autopsias es de 5,6%, en las pruebas de imagen es <1% ya que la mayoría de los hamartomas son <5mm. No obstante, el empleo sistemático de las pruebas de imagen, así como el avance tecnológico con equipos de mayor resolución, hace que cada vez sea más frecuente su presentación.

En la ecografía suele manifestarse como un hígado heterogéneo con múltiples lesiones milimétricas de predominio hiperecogénico o como imágenes de artefacto en cola de cometa, y en la TC, como pequeños nódulos hipodensos que no captan contraste, con cierta distribución subcapsular. En la RM observaremos múltiples imágenes hipointensas en T1 e hiperintensas en T2, sin realce tras la administración de gadolinio, y en la colangioRM, múltiples lesiones quísticas sin comunicación con el árbol biliar. Estos hallazgos, valorados de forma independiente en las diferentes técnicas de imagen, pueden simular otras entidades con manejo y pronóstico muy diferente como metástasis, microabscesos, enfermedad de Caroli, o poliquistosis hepática. La valoración conjunta de los hallazgos en las diferentes técnicas de imagen nos permitirá realizar el diagnóstico correcto.

Ilustramos esta revisión con casos de nuestro servicio confirmados mediante un seguimiento adecuado.

### Conclusiones

La HBM no es una entidad tan infrecuente, con hallazgos radiológicos que simulan patologías graves. El radiólogo es fundamental en el diagnóstico y manejo adecuado de estas lesiones. El conocimiento y la valoración conjunta de los hallazgos radiológicos en las diferentes técnicas de imagen aumenta la precisión diagnóstica y evita procedimientos innecesarios.

### RES0016 ENFERMEDADES CON AFECTACIÓN DIFUSA DEL INTESTINO DELGADO: HALLAZGOS POR IMAGEN, CLAVES DIAGNÓSTICAS Y ASOCIACIONES

Rubén Molina Fàbrega<sup>1</sup>, Víctor Eduardo Reyes Portes<sup>2</sup>, Cristina La Parra Casado<sup>3</sup>, Sonia Insa Mollá<sup>1</sup>, Yolanda Pallardó Calatayud<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital de Manises. Radiodiagnóstico

<sup>2</sup> Hospital de Manises. Patología

<sup>3</sup> Hospital universitario de la Ribera. Radiodiagnóstico

### Objetivo docente

Mostrar los hallazgos por imagen de una serie de procesos patológicos poco frecuentes de diferentes etiologías que cursan con afectación difusa del intestino delgado. Remarcar los hallazgos claves primarios y secundarios de imagen para su diagnóstico y así como del contexto clínico de presentación que permiten aproximar el diagnóstico en la mayoría de los casos.

### Revisión del tema

Se muestran ejemplos de afectación difusa intestinal de intestino delgado de etiología poco frecuente de naturaleza autoinmune (lupus eritematoso sistémico, enfermedad celíaca, gastroenteritis eosinofílica), infiltrativa o por depósito (mastocitosis sistémica), secundarias a tratamiento (enteritis por quimio y radioterapia, peritonitis esclerosante encapsulante), infecciosas (enfermedad de Whipple), por hipovolemia (intestino de shock) e idiopáticas (linfangiectasia intestinal). No se incluyen enteritis infecciosas por gérmenes frecuentes enfermedad inflamatoria intestinal o isquemia, por ser más habituales en la práctica clínica diaria.

La mayoría de los casos se presentan con correlación patológica o hallazgos asociados extraintestinales que permiten aproximar el diagnóstico, ya que en ocasiones los hallazgos por imagen en el abdomen pueden no ser específicos, especialmente si no se conoce un contexto clínico determinado.

### Conclusiones

La afectación difusa del intestino delgado puede darse en diferentes situaciones patológicas con causas muy dispares con diferentes manejos médicos y pronósticos, por lo que el contexto clínico adecuado y la presencia de hallazgos intestinales o abdominopelvicos, más o menos específicos por imagen, pueden permitir establecer adecuadamente una sospecha diagnóstica o bien directamente el diagnóstico definitivo. En algunos casos, no obstante, para el diagnóstico final será necesario el estudio histopatológico.

### RES0017 HALLAZGOS POR IMAGEN DE ENFERMEDADES POCO FRECUENTES CON AFECTACIÓN DIFUSA O MULTIFOCAL DEL PERITONEO. GUÍA DE CONSULTA

Rubén Molina Fàbrega<sup>1</sup>, Víctor Eduardo Reyes Portes<sup>2</sup>, Cristina la Parra Casado<sup>3</sup>, David Uceda Navarro<sup>1</sup>, Yolanda Pallardó Calatayud<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital de Manises. Radiodiagnóstico

<sup>2</sup> Hospital de Manises. Patología

<sup>3</sup> Hospital universitario de la Ribera. Radiodiagnóstico

### Objetivo docente

Presentar y revisar los hallazgos más característicos de una serie de casos de patología poco frecuente con afectación difusa o multifocal del peritoneo distintos a la carcinomatosis peritoneal, la forma de afectación patológica difusa del peritoneo más frecuente.

### Revisión del tema

La afectación difusa del peritoneo suele deberse a diseminación tumoral de diferentes tumores principalmente digestivos o ginecológicos (carcinomatosis peritoneal) o infecciosa (peritonitis). No obstante, existen varios procesos patológicos menos frecuentes, en ocasiones con un patrón de imagen similar, que pueden afectar de forma difusa al peritoneo. Se muestran ejemplos de afectación difusa peritoneal de causa infecciosa

(hidatidosis peritoneal diseminada, tuberculosis peritoneal), iatrogénica (peritonitis esclerosante encapsulante, pseudoquistes de derivación ventrículo-peritoneal) y tumoral benigna (esplenosis postraumática, leiomiomatosis peritoneal diseminada y hemangiomatosis) y maligna (pseudomixoma peritoneal, linfomatosis peritoneal y mesotelioma peritoneal primario). Se resaltan las claves diagnósticas y se aporta correlación quirúrgica y patológica en algunos de los casos.

### Conclusiones

Existen numerosos procesos, algunos muy poco frecuentes, con afectación peritoneal difusa. Mayoritariamente pueden diagnosticarse por imagen en un contexto clínico adecuado. No obstante, algunas entidades pueden mostrar hallazgos superponibles a la carcinomatosis peritoneal por lo que hay que valorar algunos datos auxiliares por imagen que pueden hacernos plantear el diagnóstico. En ocasiones, no obstante, el diagnóstico final será patológico.

### RES0019 CARACTERIZACIÓN DE LAS LESIONES FOCALES HEPÁTICAS MEDIANTE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN LI- RADS

*Irene Garrido Márquez, Paula Pérez Naranjo, Carlos Martínez Martínez, Mario Fernández Conesa, Felipe Briones Bajaña*

*Hospital Campus de la Salud. Radiodiagnóstico*

### Objetivo docente

Este trabajo pretende hacer una revisión sobre la última actualización de la clasificación LI-RADS del American College of Radiology (ACR), con el objetivo de estandarizar el informe del carcinoma hepatocelular para así reducir la variabilidad y errores en la lectura de imágenes.

### Revisión del tema

Las lesiones focales hepáticas se visualizan con bastante frecuencia en cualquier prueba de imagen, por lo que es necesario conocer cómo se comportan y unificar los criterios para catalogarlas y evitar la confusión entre radiólogos. Con este objetivo surgió la clasificación LI-RADS, en la que existen una serie de criterios mayores y auxiliares, así como unas tablas que nos ayudan a ello y que desarrollaremos en esta presentación educativa. Así mismo, la ACR también da unas directrices para clasificar aquellas lesiones de carcinoma hepatocelular ya tratado y unas propuestas de seguimiento de las mismas.

### Conclusiones

Las lesiones focales hepáticas son un diagnóstico relativamente frecuente en el día a día de nuestra especialidad, por lo que es necesario que el radiólogo sepa diferenciar aquellas que son benignas de las malignas con las pruebas de imagen, así como hacer un informe estandarizado con la clasificación LI-RADS.

### RES0022 ANOMALÍAS CONGÉNITAS Y VARIANTES DEL ÁREA PANCREÁTICO-BILIAR

*Khalid El Hamshari Rebollo, María José Prieto del Rey, Damián Gil Bello, Francesc Novell Teixidó, Eva Ballesteros Gomiz, Marta Solà Garcia*

*Parc Taulí-UDIAT. Radiología*

### Objetivo docente

Describir las principales anomalías congénitas y variantes anatómicas que afectan al área pancreático-biliar.

### Revisión del tema

Existe un amplio abanico de anomalías congénitas y variantes que afectan al área pancreático-biliar, algunas de ellas relacionadas debido a su embriología común, y a menudo detectadas de forma incidental en la edad adulta en pacientes asintomáticos.

Es importante estar familiarizado con su existencia, ya que algunas pueden ocasionar lesiones iatrogénicas durante una cirugía, se pueden confundir con hallazgos patológicos que nos lleven a indicar procedimientos invasivos innecesarios, y también hay que conocer las implicaciones clínicas derivadas de algunos de estos hallazgos.

En esta presentación vamos a describir las principales anomalías en el trayecto y configuración del conducto pancreático y biliar, y aquellas que modifican el tamaño, localización y morfología glandular pancreática.

### Conclusiones

Es necesario reconocer las principales anomalías congénitas y variantes del área pancreático-biliar así como sus implicaciones clínicas, para evitar errores diagnósticos y conocer su manejo posterior.

### RES0023 LESIONES QUÍSTICAS PANCREÁTICAS: APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA Y MANEJO

*Khalid El Hamshari Rebollo, María José Prieto del Rey, Damián Gil Bello, Beatriz Consola Maroto, Carlota Cano Rodríguez, Amalia González López*

*Parc Taulí-UDIAT. Radiología*

### Objetivo docente

Describir los hallazgos radiológicos más característicos de las lesiones quísticas pancreáticas mediante resonancia magnética y su correlación con el análisis del contenido.

### Revisión del tema

El hallazgo incidental suele ser el escenario habitual de la lesión quística pancreática. Hablamos de un tipo de lesión que suele ser poco sintomática e inespecífica, por lo que en la mayoría de los casos serán otras las indicaciones que motiven el estudio.

Las lesiones quísticas pancreáticas incluyen un amplio abanico de lesiones que incluyen lesiones benignas, otras con potencial de malignización y lesiones malignas, por lo que es importante

establecer un diagnóstico adecuado para el posterior manejo. La RM es una herramienta clave para la orientación diagnóstica de estas lesiones, ya que permite estudiar el contenido del quiste, la presencia de septos, paredes y/o nodularidades y la existencia o no de comunicación con el conducto pancreático, hallazgos que nos van a ayudar a discriminar entre aquellas lesiones que puedan ser subsidiarias de un manejo conservador o quirúrgico. En esta revisión se expondrán las principales características radiológicas y la correlación con el análisis del contenido quístico, con la finalidad de llegar al diagnóstico más preciso posible.

### Conclusiones

La variedad de lesiones quísticas pancreáticas es más amplia de lo que generalmente pensamos. Las técnicas de imagen actuales en correlación con los datos clínicos del paciente y el estudio del contenido de las lesiones nos permitirán un diagnóstico preciso para así llevar a cabo un correcto manejo de las mismas.

### RES0025 UTILIDAD DEL CONTRASTE ECOGRÁFICO EN EL TRATAMIENTO PERCUTÁNEO DE LAS LESIONES FOCALES HEPÁTICAS

*Amàlia González López<sup>1</sup>, Jordi Puig Domingo<sup>1</sup>, Xavier Serres-Crèixams<sup>2</sup>, Núria Rosón Gradaille<sup>2</sup>, Beatriz Consola Maroto<sup>1</sup>, José Miguel Escudero Fernández<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> UDIAT-CD Corporació Sanitària Parc Taulí. Radiologia Abdominal <sup>2</sup> Hospital Universitari de la Vall d'Hebrón. Radiologia

### Objetivo docente

Demostrar la utilidad del contraste ecográfico antes, durante y después del tratamiento percutáneo de los tumores hepáticos, con especial énfasis en el hepatocarcinoma.

### Revisión del tema

Los contrastes ecográficos actuales son gases (hexafluoruro sulfúrico) de alto peso molecular y baja solubilidad, estabilizados con surfactantes (fosfolípidos y ácido palmítico). Para ser utilizados precisan de un software ecográfico específico, basado en el uso del segundo armónico. Se empezaron a utilizar en patología cardíaca y posteriormente en la caracterización de lesiones focales hepáticas, extendiéndose rápidamente su uso a otras patologías de los demás órganos abdominales.

El contraste ecográfico en las lesiones hepáticas es de utilidad antes, durante y después del tratamiento percutáneo. En el pretratamiento sirve para tipificar lesiones (p.ej. LI-RADS de la ecografía con contraste) y para ayudar en la biopsia a su localización o selección del mejor sitio de obtención de muestra en el caso de las lesiones con necrosis. También en el estadiaje para caracterizar la trombosis portal como tumoral. Durante el tratamiento es de utilidad para identificar la lesión inmediatamente antes del procedimiento y poder así situar la aguja correctamente. Finalmente, después del tratamiento, el contraste ecográfico es eficaz en la valoración de la respuesta y en el seguimiento de las complicaciones.

Las principales ventajas del contraste ecográfico son: la valoración en tiempo real de las lesiones, el aumento de la sensibilidad y especificidad respecto a la ecografía en modo B, la posibilidad de valorar la microcirculación y la macrocirculación, la práctica ausencia de efectos secundarios y la ausencia de nefrotoxicidad, todo ello sin usar radiación ionizante.

### Conclusiones

El contraste ecográfico es una herramienta útil para localizar y caracterizar lesiones focales hepáticas, para guiar el tratamiento percutáneo, así como para valorar la respuesta al mismo y la detección de complicaciones.

### RES0026 IMAGEN DE LA PATOLOGÍA ESOFÁGICA BENIGNA

*María Isusi Fontán, Ane Ibañez Zubiarraín, Gonzalo Lecumberri Cortés, María Victoria Barcena Robredo, Naroa Nates Uribe, Eider Alcalde Odriozola*

*Hospital de Basurto. Radiodiagnóstico*

### Objetivo docente

Conocer las diferentes patologías esofágicas benignas, clasificadas en parietales y lumbales.

Revisar los hallazgos en imagen mediante esofagograma baritado (EB) y tomografía computarizada (TC)

### Revisión del tema

Las enfermedades esofágicas benignas abarcan una gran variedad de entidades que pueden ser erróneamente diagnosticadas o pasadas por alto.

Clasificamos las enfermedades benignas esofágicas en dos grupos en función de la afectación de la luz o de la pared del esófago. Los hallazgos en imagen pueden superponerse por lo que debemos conocer las características radiológicas propias de cada entidad.

Los trastornos lumbales incluyen dilatación y estenosis (acalasia, esclerodermia y estenosis) e impactación de cuerpos extraños.

Los trastornos de la pared incluyen engrosamiento de la pared (esofagitis, neoplasia benigna, varices esofágicas y hematoma intramural), adelgazamiento de la pared con formación de imágenes de adición (divertículo epifrénico, divertículo de Zenker y divertículo de Killian-Jamieson), rotura de la pared (perforación iatrogénica o síndrome de Boerhaave y Síndrome de Mallory-Weiss) y formación de fistulas (fístula pericardio esofágica, fistula traqueo esofágica y fistula aorta esofágica).

Múltiples modalidades de imagen se utilizan en la evaluación de la patología esofágica, nos centraremos en los hallazgos del EB y la TC.

El EB es la prueba inicial utilizada para los pacientes con disfagia, reflujo, trastorno de la motilidad o perforación. Si se detecta patología en el EB, la TC se utiliza como técnica complementaria para aclarar los hallazgos y definir la anatomía, siendo útil en casos de sospecha de masa ya que permite definir la extensión

fuera de la mucosa, valorar el grosor real de la pared y la afectación del mediastino.

### Conclusiones

El diagnóstico de estas afecciones puede ser difícil porque algunas son poco comunes y otras pueden imitar el cáncer. Es importante reconocer los patrones de imagen más característicos de las enfermedades esofágicas benignas para realizar un tratamiento precoz y adecuado.

### RES0027 ENDOMETRIOSIS Y EMBARAZO: CLAVES DIAGNÓSTICAS

*Rebeca Sigüenza González, Teresa Álvarez de Eulate García, María Pina Pallín, Juan José Fuertes Alija, Laura Casadiego Matarranz, Isabel Montserrat Otero Mongil*

*Hospital Clínico Universitario Valladolid. Radiodiagnóstico*

#### Objetivo docente

- Describir los hallazgos radiológicos que permiten diferenciar la endometriosis de los tumores ováricos en la paciente embarazada. Presentación de casos basados en nuestra experiencia.
- Revisar la apariencia de la endometriosis en contextos clínicos atípicos y dar claves para reconocerlos.

#### Revisión del tema

Durante el embarazo, la existencia de masas mayores de 5 cm, heterogéneas y muy vascularizadas es sospechosa de malignidad. Sin embargo, debe plantearse el diagnóstico diferencial con otras entidades como el endometrioma decidualizado.

El aumento de los niveles de progesterona favorece la hipertrofia del estroma endometrial y la decidualización del útero. Por el mismo mecanismo, en el contexto clínico de una endometriosis, los endometriomas pueden responder a los cambios hormonales con la consiguiente formación de nódulos murales vascularizados. Esta variante ha recibido el nombre de "endometrioma decidualizado", su apariencia radiológica constituye uno de los principales simuladores de carcinoma ovárico. Puede tratarse de manera conservadora, evitando así una intervención quirúrgica precoz que pueda conllevar una interrupción del embarazo. Por esta razón, resulta imprescindible conocer los hallazgos radiológicos claves que permiten aproximar el diagnóstico diferencial de estas dos entidades.

Un hallazgo diagnóstico específico, en el estudio de esta entidad mediante resonancia magnética (RM), es la existencia de hiperintensidad T2 en el seno del endometrioma, siendo isoíntenso respecto al endometrio decidual. En la endometriosis clásica, los endometriomas crónicos suelen mostrarse hipointensos en T2 debido a la presencia de productos de degradación hemorrágica. Aportamos "claves" radiológicas de utilidad en la práctica diaria, basadas en nuestra experiencia.

### Conclusiones

Durante el embarazo, la presencia de nódulos murales vascularizados en el interior de un endometrioma no es un indicador único de transformación maligna, sino que es obligatorio plantear el diagnóstico diferencial con el endometrioma decidualizado. A pesar de la dificultad en el diagnóstico prequirúrgico, existen hallazgos radiológicos claves que permiten orientar el diagnóstico diferencial y la actitud terapéutica.

### RES0030 EL DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO DE LOS VÓLVULOS GASTROINTESTINALES: CLAVES PARA RESIDENTES

*Ana Villán González, Elsa García Antuña, Jennifer Barbató Mateos, Cristina Fernández Buergo, Begoña Palomo Antequera, Unai Eizmendi Ruiz*

*Hospital Universitario Cabueñes. Radiodiagnóstico*

#### Objetivo docente

- Describir los hallazgos claves en las pruebas de imagen para realizar un diagnóstico rápido y correcto de los vólvulos gastro-intestinales.
- Revisar los tipos más frecuentes de vólvulos gástricos y colónicos.

#### Revisión del tema

- Los vólvulos gastrointestinales son una causa importante de abdomen agudo por la gravedad de sus posibles complicaciones. Comparten un mecanismo fisiológico común que consiste en una obstrucción en asa cerrada que provoca una isquemia.
- La clínica es inespecífica, por lo que las pruebas de imagen y en particular el TCMD tienen un papel importante en la identificación precoz de los signos de torsión más frecuentes, como el "pico de pájaro" o el "remolino" y las complicaciones (isquemia, perforación ...). El TCMD dada su capacidad multiplanar ayuda en la identificación del punto de torsión.
- El tratamiento de elección en la mayoría de los casos es quirúrgico.

### Conclusiones

Los vólvulos gastrointestinales son un grupo de enfermedades de difícil diagnóstico clínico. El TCMD juega un papel importante en la realización de un diagnóstico rápido y correcto y evitar las complicaciones potencialmente mortales.



**RES0031 FEOCROMOCITOMA ADRENAL. LO QUE EL RADIÓLOGO DEBE CONOCER**

Miguel Ángel Corral de la Calle<sup>1</sup>, Javier Encinas de la Iglesia<sup>2</sup>, Aurymar Fraino<sup>1</sup>, Percy Alexander Chaparro García<sup>1</sup>, Stela Fidalgo Hernández<sup>1</sup>, Marta Villanueva Delgado<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Complejo Asistencial de Ávila. Radiodiagnóstico

<sup>2</sup> Complejo Asistencial de Zamora. Radiodiagnóstico

**Objetivo docente**

- Revisar los aspectos clínicos y pronósticos relevantes de los feocromocitomas y los paragangliomas extra-adrenales.
- Mostrar los hallazgos radiológicos del feocromocitoma adrenal basándonos en una casuística que incluye 10 pacientes sometidos a RM, dos con síndromes genéticos y uno como tumor de colisión junto a un adenoma.
- Aportar un amplio abanico de entidades con las que se plantea su diagnóstico diferencial: adenoma, metástasis, carcinoma, hemorragia, tuberculosis y mielolipoma adrenales.
- Revisar la clasificación TNM introducida en la 8aed. de la AJCC, que debe aplicarse sistemáticamente.

**Revisión del tema**

Los feocromocitomas proceden de células precursoras de la médula adrenal, derivados de la cresta neural, secretoras de catecolaminas. Son parientes cercanos de los paragangliomas extra-adrenales, ora simpáticos (en su mayor parte abdominales y secretores, aunque no de epinefrina), ora parasimpáticos (la mayoría cervicales y no secretores).

Aunque muchos generan una sintomatología derivada de la secreción de catecolaminas, que pueden detectarse en la orina, no es infrecuente que los encuentre incidentalmente el radiólogo. Es útil, aunque imprecisa, la nemotecnia del 10%: metastáticos, bilaterales, familiares (se revisarán los síndromes hereditarios), extra-adrenales, sin HTA.

Solo predicen riesgo metastático un tamaño >5cm, situación extra-adrenal y mutación germinal en SDHB.

Su aspecto por imagen no es específico, aunque algunos datos orientan al diagnóstico:

- Intenso y rápido realce con contraste yodado o paramagnético (no contraindicados), con lavado también intenso.
- Ausencia de lípidos macro o microscópicos.
- Buena delimitación.
- Frecuentes cambios quísticos y hemorrágicos (lo que los hace heterogéneos) cuando son grandes.
- Alta señal en T2 ("signo de la bombilla").

Diversas técnicas de medicina nuclear pueden aportar especificidad. No deben someterse a punción percutánea.

El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica completa.

**Conclusiones**

El radiólogo desempeña un importante papel en el diagnóstico y manejo del feocromocitoma adrenal. Su apariencia radiológica, aunque no específica, puede ser muy sugerente, permitiendo el mejor abordaje para el paciente.

**RES0032 CUERPOS EXTRAÑOS INGERIDOS POR ADULTOS. MANIFESTACIONES RADIOLÓGICAS**

Miguel Ángel Corral de la Calle<sup>1</sup>, Javier Encinas de la Iglesia<sup>2</sup>, Magdalena de Miguel Gil<sup>1</sup>, Beatriz Sánchez Sánchez<sup>1</sup>, David Vicente Mérida<sup>1</sup>, Teresa Domínguez Cejas<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Complejo Asistencial de Ávila. Radiodiagnóstico

<sup>2</sup> Complejo Asistencial de Zamora. Radiodiagnóstico

**Objetivo docente**

Revisar el comportamiento de los distintos tipos de cuerpos extraños (CE) que pueden ingerirse en los diferentes medios de imagen (radiografía, ecografía y TC).

Desarrollar sus manifestaciones clínicas y radiológicas, y las complicaciones que pueden originar en el tracto digestivo.

**Revisión del tema**

La radiopacidad depende de la densidad de los materiales que componen un objeto. Plásticos, pelos, vegetales y maderas son radiolucientes; huesos, espinas de pescados, piedras, cristales y metales son radiopacos. Su visibilidad en la radiografía dependerá además de su tamaño, la alineación con el haz de Rx y las estructuras interpuestas.

Revisaremos los valores de atenuación de los CE más frecuentes en TC, la técnica más sensible.

En manos experimentadas pueden detectarse con ecografía CE ingeridos.

Aproximadamente 1% de los CE ingeridos conllevan complicación (más si la ingesta es intencionada o en ancianos).

La posibilidad de complicación depende del tamaño, la forma, la composición química, el magnetismo (lesiones intestinales por decúbito por aproximación de tramos diferentes) y la existencia de patologías subyacentes.

Obstrucción por impactación. 75% a la altura del cricofaríngeo. En casos de bezóares, en niveles más distales.

Perforación. Más frecuentes por CE largos y finos, y en colon, seguido de íleon distal. Genera peritonitis, fistulización y/o absceso. Predisponen la ancianidad y problemas dentarios. Puede complicar una afectación preexistente del tubo digestivo (neoplasia, diverticulitis, enfermedad de Crohn, hernias...).

Complicaciones químicas (baterías y paquetes de droga).

Repasamos también la apariencia radiológica de CE no complicados o impactados sin complicación en regiones patológicas.

Revisamos el manejo clínico más adecuado en cada caso.

**Conclusiones**

Los CE ingeridos generan de forma no excepcional complicaciones que el radiólogo debe reconocer. Para ello debe saber cuál es la apariencia radiológica de los distintos CE y el espectro de complicaciones que pueden generar. Ante una perforación de origen incierto en un anciano debe buscarse un CE.

### RES0033 COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA

Belén Martínez Morillo-Velarde, Daniel José López Ruíz, Ignacio David Domínguez Paillacho, Antonio Doblas Delgado, Cristina Martín Rodríguez, María Cristina Ladehesa Pineda

Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. Radiodiagnóstico

#### Objetivo docente

Describir los hallazgos por imagen de las principales complicaciones de la cirugía bariátrica.

#### Revisión del tema

La obesidad es un problema grave de salud, con una prevalencia en aumento en nuestra sociedad. En muchas ocasiones el tratamiento conservador de esta con dieta, fármacos y ejercicio no es suficiente, siendo necesario recurrir a la cirugía.

Las intervenciones en cirugía bariátrica pueden ser de tipo restrictivo, malabsortivo o combinados, siendo en nuestro hospital la técnica más empleada es el bypass gástrico en Y de Roux.

Tras estas cirugías no es infrecuente que surjan complicaciones. Las que se detectan con mayor frecuencia en las diferentes exploraciones radiológicas son: dehiscencia de suturas, obstrucción intestinal secundaria a bridas o a hernias internas, dilatación del estómago excluido, fistulas gastro-gástricas, hematomas, abscesos, hernias de pared y migración de la banda gástrica, entre otras.

La radiología de abdomen dispone de diferentes técnicas de imagen para el diagnóstico y evaluación de las distintas complicaciones, especialmente la tomografía computarizada y los estudios contrastados.

#### Conclusiones

El radiólogo debe estar familiarizado con la anatomía postquirúrgica de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica, así como a las principales complicaciones derivadas de este tratamiento. De esta forma se podrá orientar al clínico de forma adecuada para el tratamiento precoz de las mismas, si fuera necesario.

### RES0034 SEUDOANEURISMA ESPLÉNICO POSTRAUMÁTICO TARDÍO: DIAGNOSTICARLO ¿PARA TRATARLO O NO TRATARLO?

Miguel Ángel Corral de la Calle<sup>1</sup>, Javier Encinas de la Iglesia<sup>2</sup>, Marta Repollés Cobaleda<sup>3</sup>, Daniel Santiago Águeda del Bas<sup>1</sup>, Nuria Delgado Ronda<sup>1</sup>, Francisco Javier de Castro García<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Complejo Asistencial de Ávila. Radiodiagnóstico

<sup>2</sup> Complejo Asistencial de Zamora. Radiodiagnóstico

<sup>3</sup> Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Radiodiagnóstico

#### Objetivo docente

Repasar la anatomía vascular del bazo.

Revisar las escalas de gravedad del traumatismo cerrado esplénico y los datos epidemiológicos de su manejo conservador. Discutir el seguimiento radiológico y la semiología del

seudoaneurisma esplénico postraumático tardío (SAEPTT).

Discutir los abordajes terapéuticos una vez diagnosticado.

#### Revisión del tema

Un 15-27% de pacientes con traumatismo esplénico cerrado son sometidos a esplenectomía inicial. Para el resto se adopta un manejo conservador del bazo y su función inmunológica, que fracasa en aproximadamente un 15%.

La escala AAST de gravedad del traumatismo esplénico (de 1989) no considera las anomalías vasculares, especialmente el pseudoaneurisma. Por ello diversos autores proponen desde 2007 una nueva escala que las tenga en cuenta, pues son la causa más frecuente de fracaso del manejo conservador.

Según estudios recientes el SAEPTT ocurre aproximadamente en un 15% de pacientes con traumatismo esplénico grados II-III, con un retardo promedio de 4,6 días (hasta 14). Se recomienda en pacientes seleccionados un control de imagen 5-7 días después. La técnica más propuesta es la TC, aunque la ecografía con Doppler y contraste tiene alto VPN (96%).

El manejo propuesto una vez diagnosticado el SAEPTT es la embolización, selectiva o no, pretendiendo conservar función esplénica reduciendo el riesgo de sangrado. Pero ni se anula el riesgo ni la técnica está exenta de otros. Alguna amplia serie reciente muestra buenos resultados con la simple observación.

Mostramos ejemplos de SAEPTT diagnosticados con ecografía, Doppler, ecografía con contraste y TC, manejados exitosamente con embolización u observación (con resolución espontánea), o con hemoperitoneo masivo secundario obligando a esplenectomía urgente.

#### Conclusiones

El SAEPTT no es excepcional. Es recomendable adoptar una escala de gravedad de traumatismo esplénico que contemple las lesiones vasculares, junto a otros parámetros. Una vez diagnosticado un SAEPTT es controvertida la decisión de su manejo, que deberá adaptarse a cada medio y paciente.

### RES0035 LESIONES FOCALES HEPÁTICAS BENIGNAS MÁS FRECUENTES: APROXIMACIÓN A SU DIAGNÓSTICO

Elena Moya Sánchez<sup>1</sup>, Víctor Medina Salas<sup>2</sup>, Sara Barranco Acosta<sup>3</sup>, María Dolores Rabadán Caravaca<sup>3</sup>, Antonio José García Salguero<sup>3</sup>, Genaro López Milena<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Hospital General Básico de Baza. Radiodiagnóstico

<sup>2</sup> Centro de salud Almanjáyar, Granada. Medicina Familiar y Comunitaria

<sup>3</sup> Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Radiodiagnóstico

#### Objetivo docente

1. Conocer las técnicas de imagen disponibles para la caracterización de las lesiones focales hepáticas benignas y sus indicaciones.
2. Establecer una clasificación en función de su origen.
3. Exponer los hallazgos característicos de cada una de ellas

**Revisión del tema**

Introducción:

Las lesiones focales hepáticas benignas hepáticas son un hallazgo frecuente y normalmente incidental.

El espectro de hallazgos por imagen es muy amplio, pudiendo encontrar hallazgos específicos de cada una hasta hallazgos atípicos y en múltiples ocasiones se produce una superposición de hallazgos.

Clasificación:

Según su origen: hepatocelular, colangiocelular o de origen mesenquimal.

Técnicas de imagen:

Protocolo tomografía computerizada:

- TC sin contraste intravenoso. - Fase arterial (tardía): 30 segundos. Lesiones hipervasculares (arteria hepática).
- Fase venosa portal: 65 segundos. Máximo realce parenquimatoso. Lesiones de baja atenuación en el interior del parénquima con máximo realce.
- Fase de equilibrio: 2-3 minutos. Misma concentración de civ en espacio intra y extravascular. La mayoría de las lesiones hepáticas son invisibles.
- Fase tardía: 10-20 minutos. Relleno tardío de contraste en hemangiomas, tumores fibróticos (colangiocarcinoma).

Protocolo de resonancia magnética:

- Imágenes sin contraste: T1 fase-opuesto, T2W SSFSE, T2W Fat Sat, Difusión, T1 pre-contraste fat-sat, T2W MRCP (opcional).
- Imágenes postcontraste: 3D T1 dinámico (arterial tardía, portal, equilibrio), fase tardía hepatocitaria (si es aplicable).

Expondremos los hallazgos por imagen y el diagnóstico diferencial en distintas técnicas entre las siguientes lesiones:

**ORIGEN HEPATOCELULAR**

ADENOMA  
HIPERPLASIA NODULAR FOCAL  
NÓDULOS HEPATOCELULARES (CIRROSIS)

**ORIGEN**

QUISTE HEPÁTICO  
HAMARTOMA BILIAR  
QUISTE PERIBILIAR  
CISTADENOMA BILIAR  
ENFERMEDAD DE CAROLI

**ORIGEN MESENQUIMAL**

HEMANGIOMA CAVERNOSO  
ANGIOMIOLIPOMA  
LIPOMA  
SEUDOTUMOR INFLAMATORIO

**Conclusiones**

Es importante conocer el origen y la forma de presentación de las distintas lesiones focales hepáticas benignas, incluyendo tanto los hallazgos característicos y específicos de cada una, así como los hallazgos atípicos de las lesiones más frecuentes.

En ocasiones el diagnóstico diferencial entre ellas no es fácil, para ello disponemos de distintas técnicas de imagen con protocolos bien establecidos.

**RES0036 ENFERMEDAD RENAL MULTIQUÍSTICA EN LA EDAD PEDIÁTRICA: ALGORITMO DIAGNÓSTICO Y HALLAZGOS POR IMAGEN**

*Elena Moya Sánchez<sup>1</sup>, Víctor Medina Salas<sup>2</sup>, Jesús Parejo Santaella<sup>3</sup>, Carlos Luque Revelles<sup>3</sup>, María del Carmen Pérez García<sup>3</sup>, Ángela Ruiz de Arévalo García<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Hospital General Básico de Baza. Radiodiagnóstico

<sup>2</sup> Centro de salud Almanjáyar. Medicina Familiar y comunitaria

<sup>3</sup> Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Radiodiagnóstico

**Objetivo docente**

- Conocer la definición y etiología de la enfermedad renal multiquistica.
- Realizar un algoritmo diagnóstico que nos ayude a caracterizar la patología de forma sencilla cuando estemos ante la presencia de riñones multiquisticos en el niño.
- Repasar las causas y el diagnóstico diferencial de la hiperecogenicidad renal. Identificar otras patologías asociadas y la importancia de una adecuada historia clínica.

**Revisión del tema**

La enfermedad renal multiquistica comprende un grupo de entidades caracterizadas por la presencia de quistes.

Los puntos clave a valorar son:

- Naturaleza hereditaria
- Presencia de obstrucción
- Topografía cortical o medular
- Tamaño
- Quistes asociados en otros órganos.

Para ello la técnica de imagen más adecuada para su valoración en esta edad es la ecografía.

Existen numerosas clasificaciones según:

- Aspecto anatomopatológico.
- Comportamiento genético.
- Aspectos clínicos
- Aspectos radiológicos: desarrollaremos esta por su importancia en nuestra área.

La etiología de estas entidades reside en las alteraciones de los cilios primarios (ciliopatías). Son organelas microtubulares en la superficie de las células del epitelio del túbulo renal, ricas en receptores, canales iónicos y proteínas por lo que regulan la proliferación celular y la diferenciación en el desarrollo del riñón maduro. Los defectos en su estructura o función producen fenotipos quísticos.

También se encuentran en otros órganos por lo que pueden

aparecer asociadas otras malformaciones.

La apariencia ecográfica normal de los riñones varía en función de la edad según estemos ante un riñón fetal, neonatal o pediátrico. Desarrollaremos los hallazgos ecográficos y el diagnóstico diferencial de las siguientes entidades:

- Displasia obstructiva
- Enfermedad renal multiquistica displásica.
- Enfermedad renal poliquística AR
- Enfermedad renal poliquística AD
- Enfermedad renal gloméruloquistica
- Displasia quística medular asociada a síndromes: Bardet-Biedl, Meckel-Grüber, Joubert
- Complejo displasia quística medular-nefronoptosis

### Conclusiones

Una aproximación estandarizada ecográfica es útil para diferenciar las enfermedades renales quísticas.

Esta debe combinarse con los datos clínicos, la historia familiar y en algunos casos los resultados de pruebas complementarias.

### RES0037 LA CARA “FEA” DE LA COLECISTITIS AGUDA

Ana Belén Gil Guerra, María Reyes Petruzzella Lacave,  
Sonia Osorio Aira, Sofía Joral del Hoyo,  
Isabel Montserrat Otero Mongil, Laura Casadiego Matarranz

Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Radiodiagnóstico

### Objetivo docente

Revisión de las formas complicadas de colecistitis aguda (fisiopatología, epidemiología y clínica).

Descripción a través de una serie de casos representativos de los hallazgos radiológicos claves en su diagnóstico.

### Revisión del tema

#### Colecistitis grangrenosa:

- Forma complicada más común.
- Isquemia y necrosis de la pared vesicular.
- ECOGRAFÍA:
  - » Membranas intraluminales.
  - » Engrosamiento mural irregular.
  - » Defectos focales de perfusión en el modo Doppler (áreas de necrosis).
- TC:
  - » Gas mural o luminal.
  - » Defecto parietal.
  - » Ausencia de realce mural. o Absceso perivesicular.

#### Colecistitis enfisematosa:

- Relativamente rara, más frecuente en varones diabéticos.
- Emergencia quirúrgica, ratio de mortalidad del 20%, mayor riesgo de gangrena y perforación.
- Compromiso vascular de la arteria cística à necrosis de la pared à gas intraluminal o parietal.
- ECOGRAFÍA:
  - » Artefacto de reverberación.

» “Signo del champán” (más específico): focos ecogénicos que ascienden en la luz de la vesícula desde la porción declive.

- TC: más sensible y específico en la detección de gas

#### Perforación vesicular:

- Oclusión de conducto cístico por un cálculo à retención de secreciones intraluminales à distensión de la vesícula y aumento de la presión intraluminal que impide el drenaje venoso y linfático à compromiso vascular à necrosis y perforación.
- ECOGRAFÍA:
  - » Técnica inicial de elección.
  - » Colección fluida perivesicular y defecto o hundimiento mural vesicular
- TC: defecto en la pared vesicular, con evidencia de fuga biliar y colección perivesicular, con asociación de engrosamiento omental o de mesenterio.
- Complicaciones: absceso hepático o subhepático, peritonitis biliar.

### Conclusiones

El diagnóstico de las formas complicadas de colecistitis aguda es a veces un reto por la ausencia de dolor por la denervación consecuencia de la necrosis vesicular. En este trabajo subrayamos la importancia de la ecografía en su diagnóstico como prueba inicial y el papel complementario de la TC.

### RES0038 GUÍA PARA EL RESIDENTE EN EL TRAUMATISMO ABDOMINAL

Ana Belén Gil Guerra, Laura Casadiego Matarranz,  
Elena Núñez Miguel, Sofía Joral del Hoyo,  
Mercedes Susana González Fuentes,  
María Antonia Udaondo Cascante

Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Radiodiagnóstico

### Objetivo docente

Revisión del protocolo de TC en el traumatismo abdominal.

Papel del radiólogo en el manejo multidisciplinar y descripción de las lesiones más frecuentes.

### Revisión del tema

#### Técnica

TC abdominopélvico en fase portal. Fases adicionales, en base a los hallazgos o sospechas:

- Fase arterial: si sospecha de fractura de pelvis.
- Fase retardada o venosa tardía: extravasación de contraste.
- Fase excretora: lesiones renales o sospecha de rotura vesical.

#### Hallazgos

- Hemoperitoneo, debe sospecharse lesión visceral. Su densidad varía con la evolución, y es superior a la ascitis, bilis u orina.
- Neumoperitoneo: perforación de víscera hueca, aunque no patognomónico (yeyuno proximal, ileon distal y unión sigma-

colon descendente).

- Lesión de órgano sólido (bazo, hígado, riñones; por orden de frecuencia):
  - » Contusión, área mal definida de baja atenuación en el estudio con contraste; de morfología lineal, laceración.
  - » Laceraciones múltiples y con parénquima desvitalizado y signos de sangrado activo, rotura o estallido visceral.
  - » Hematomas subcapsulares, con morfología elíptica entre la cápsula y el parénquima y efecto de masa sobre el contorno visceral.
- Lesiones asociadas al "signo del cinturón de seguridad": fractura de Chance, lesiones del mesenterio o intestinales, y disrupciones de la pared abdominal.
- Sangrado activo: extravasación de contraste iv en el seno de un hemoperitoneo.
- Fractura de pelvis inestable, puede asociar lesiones de vejiga, uretra, rectales o vasculonerviosas.
- Complejo de hipoperfusin: disminución del calibre de la vena cava y la aorta, realce difuso de las asas de intestino delgado, hipodensidad del parénquima esplénico, realce simétrico de las glándulas suprarrenales y realce intenso y mantenido de los riñones.

### Conclusiones

La TC permite de forma rápida e integral, y con mayor sensibilidad y especificidad que otras técnicas, la detección de daño visceral y sangrado activo.

Primera lectura con el paciente en la sala de radiología, para transmitir las lesiones con mayor riesgo vital al equipo médico y la adquisición de fases complementarias.

### RES0044 CIRROSIS HEPÁTICA: CARACTERIZACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO MEDIANTE PRUEBAS DE IMAGEN Y COMPLICACIONES ASOCIADAS

Ana Milena Muñoz<sup>1</sup>, Laura Díaz Rubia<sup>1</sup>, Carmen Martínez Huertas<sup>2</sup>, Francisco Javier García Verdejo<sup>3</sup>, Cristina Dávila Arias<sup>4</sup>, Carlos Martínez Martínez<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Hospital Universitario Campus de la Salud. Radiodiagnóstico

<sup>2</sup> Complejo Hospitalario de Jaén. Radiodiagnóstico

<sup>3</sup> Hospital Santa Ana Motril.

<sup>4</sup> Hospital Universitario San Cecilio. Radiodiagnóstico

### Objetivo docente

El principal objetivo de este estudio es reconocer en las diferentes modalidades de prueba de imagen los cambios morfológicos y parenquimatosos que nos permiten detectar cirrosis hepática, así como poder evaluar sus posibles complicaciones asociadas como la hipertensión portal o el estudio de lesiones focales en hígado cirrótico.

### Revisión del tema

La cirrosis hepática es el punto final común de múltiples procesos de enfermedad hepática crónica, desencadenando la lesión celular un proceso de inflamación, regeneración y fibrosis hepática.

Es una causa importante de morbi-mortalidad en el mundo. Las pruebas de imagen permiten su sospecha y evaluación, siendo fundamental su reconocimiento para poder caracterizar posibles complicaciones asociadas, entre ellas la hipertensión portal y el estudio de lesiones focales hepáticas en hígado cirrótico.

Los hallazgos frecuentes por imagen en la cirrosis hepática incluyen cambios morfológicos como la hipertrofia de segmentos laterales del lóbulo hepático izquierdo y lóbulo caudado, con atrofia segmentaria asociada del segmento medial del lóbulo izquierdo y segmentos posteriores del lóbulo hepático derecho.

Podemos caracterizar el agrandamiento del hilio periportal, de la fosa vesicular y evaluar la cisura hepática posterior como una muesca hepática aguda en la superficie posterior derecha del hígado, todo ello producido por atrofia hepática segmentaria.

El parénquima hepático se visualiza con estructura heterogénea y tosca con nodularidad del contorno superficial hepático.

La evaluación de signos de hipertensión portal es fundamental, debiendo caracterizar la posible esplenomegalia asociada, presencia de colaterales venosas portosistémicas, reperfusión de la vena umbilical y otros signos como ascitis.

### Conclusiones

El reconocimiento de los cambios parenquimatosos y morfológicos hepáticos y los signos de hipertensión portal permiten la sospecha y evaluación por imagen de una cirrosis.

Su determinación es fundamental en el diagnóstico de posibles complicaciones y en la caracterización de una lesión focal hepática.

### RES0045 EVALUACIÓN TOMOGRAFÍA MULTIDECTOR CARCINOMATOSIS PERITONEAL, Y HALLAZGOS MEDIANTE COMPUTARIZADA AXIAL

Ana Milena Muñoz<sup>1</sup>, Carlos Martínez Martínez<sup>2</sup>, Cristina Dávila Arias<sup>1</sup>, Laura Díaz Rubia<sup>1</sup>, Carmen Martínez Huertas<sup>3</sup>, Ana Carrillo Colmenero<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Hospital Universitario Campus de la Salud. Radiodiagnóstico

<sup>2</sup> Hospital Universitario San Cecilio. Radiodiagnóstico

<sup>3</sup> Complejo Hospitalario de Jaén. Radiodiagnóstico

### Objetivo docente

Nuestro objetivo principal es destacar el papel del TCMD en la evaluación de la carcinomatosis peritoneal como proceso maligno que con más frecuencia afecta al peritoneo.

### Revisión del tema

La carcinomatosis peritoneal es con frecuencia la forma de presentación de procesos metastásicos que afectan al peritoneo, siendo las neoplasias primarias de la cavidad abdominal como el carcinoma de estómago, colon, ovario o páncreas su origen más frecuente.

La TCMD con contraste intravenoso es la modalidad de imagen más frecuentemente utilizada para evaluar a pacientes con

sospecha de carcinomatosis peritoneal, así como evaluar las complicaciones resultantes de la misma.

Los patrones morfológicos de la afectación peritoneal pueden presentarse como enfermedad de pequeño volumen con implantes nodulares subcentimétricos solitarios o múltiples. Si los nódulos se unen conforman placas que involucran las superficies viscerales. También puede presentarse como engrosamiento del epiplón o si implican grandes masas epiploicas dan el típico aspecto de "omental cake". Otros hallazgos por imagen incluyen la evaluación de la ascitis, el patrón estrellado de realce mesentérico y el engrosamiento y realce peritoneal.

La localización de las lesiones más comunes donde asientan las metástasis peritoneales como resultado de la circulación del líquido peritoneal incluyen el hemidiafragma derecho, hígado, canal paracólico derecho, intestino, epiplón y pelvis.

### Conclusiones

La TCMD es de elección para la evaluación de pacientes con sospecha de carcinomatosis peritoneal, siendo la detección de estas lesiones fundamental para la estadificación, tratamiento y el seguimiento de las neoplasias primarias que con más frecuencia se pueden manifestar como afectación peritoneal.

### RES0046 TUMORES PERIAMPULARES: REVISIÓN Y VALORACIÓN MEDIANTE PRUEBAS DE IMAGEN

Ana Milena Muñoz<sup>1</sup>, Laura Díaz Rubia<sup>1</sup>, Francisco Javier García Verdejo<sup>2</sup>, Cristina Dávila Arias<sup>1</sup>, Carmen Martínez Huertas<sup>3</sup>, Ana Carrillo Colmenero<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Hospital Universitario Campus de la Salud. Radiodiagnóstico

<sup>2</sup> Hospital Santa Ana Motril. Radiodiagnóstico

<sup>3</sup> Complejo Hospitalario de Jaén. Radiodiagnóstico

### Objetivo docente

El objetivo principal es describir los hallazgos radiológicos de los tumores periampulares mediante pruebas de imagen.

Correlacionamos los casos valorados mediante pruebas de imagen con el diagnóstico definitivo anatomopatológico.

### Revisión del tema

Dentro del grupo de tumores periampulares incluimos cuatro neoplasias; ampular, vía biliar distal, pancreática (proceso uncinado y cabeza) y duodenal que se originan en la confluencia biliopancreática surgiendo a una distancia máxima de 2 cm de la papila duodenal mayor a la que aboca la ampolla de Vater.

La evaluación mediante pruebas diagnósticas de un paciente con ictericia en el que se sospecha obstrucción de la vía biliar está diseñada para poder discriminar entre patología benigna (tumores benignos, cálculos biliares, etc) y en caso de patología maligna poder establecer el grado de invasión tumoral y diseminación tumoral para la estadificación.

No obstante, existen casos en los que sólo conseguimos el diagnóstico definitivo tras la intervención quirúrgica por lo que realizaremos la correlación entre las pruebas de imagen y los

resultados anatomopatológicos en todos nuestros casos.

La ecografía abdominal es la prueba diagnóstica inicial para determinar la presencia o no de dilatación de la vía biliar.

La tomografía computarizada multidetector es la prueba de imagen de elección para evaluar la región periampular en el diagnóstico, estadiaje y valoración de resecabilidad tumoral.

La Colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM) es un método no invasivo que ofrece información detallada sobre el estado de los conductos pancreatobiliares y nos permite identificar el sitio exacto de obstrucción.

### Conclusiones

Los tumores periampulares por su ubicación anatómica y la presentación de un cuadro clínico similar suponen un verdadero desafío, por lo que la evaluación mediante pruebas de imagen es fundamental.

Sin embargo, en muchos casos se llega al diagnóstico definitivo tras la intervención quirúrgica, por lo que en este estudio correlacionamos la imagen con el resultado definitivo anatomopatológico.

### RES0047 HERNIA DE AMYAND: DIAGNÓSTICO Y COMPLICACIONES

Elena Moya Sánchez<sup>1</sup>, Jade García Espinosa<sup>2</sup>, Víctor Medina Salas<sup>3</sup>, Carlos Luque Revelles<sup>2</sup>, Antonio José García Salguero<sup>2</sup>, Eduardo Ruiz Carazo<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital General Básico de Baza. Radiodiagnóstico

<sup>2</sup> Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Radiodiagnóstico

<sup>3</sup> Centro de Salud Almanjáyar. Medicina Familiar y Comunitaria

### Objetivo docente

La hernia inguinal es la hernia de pared abdominal adquirida más frecuente. Puede contener diversas estructuras, siendo poco frecuente la presencia del apéndice vermiforme, denominada en este caso hernia de Amyand. El objetivo es conocer esta patología y sus posibles complicaciones.

Los hallazgos clínicos son inespecíficos por lo que para el diagnóstico preoperatorio juegan un papel muy importante las técnicas de imagen. Es importante para el radiólogo reconocer los hallazgos característicos de la misma.

### Revisión del tema

La hernia de Amyand fue descrita por primera vez por Claudius Amyand en 1735 definiéndose como la presencia del apéndice vermiforme en el saco herniario inguinal. Esta definición es independiente del estado en el que se encuentre el apéndice.

Es un diagnóstico infrecuente ya que la prevalencia es del 1% de todas las hernias inguinales y se acompaña de apendicitis aguda únicamente en el 0,1% de los casos.

La TC ayuda en el diagnóstico poniendo de manifiesto una estructura tubular ciega que conecta con el ciego localizada en el interior del saco herniario.

La mortalidad de la hernia de Amyand está causada por la

perforación del apéndice que da lugar a sepsis y diseminación peritoneal del proceso inflamatorio. Se encuentra en un rango del 14-30%.

El tratamiento difiere en función de si existe apendicitis aguda asociada, ya que en este caso se recomienda realizar apendicectomía y reparación de la hernia sin implantación de malla para evitar complicaciones propias de la cirugía de la apendicitis aguda.

### Conclusiones

La hernia de Amyand es una entidad con nombre propio y una presentación clínica inespecífica, realizándose en numerosas ocasiones el diagnóstico durante la cirugía, por lo que es importante para el radiólogo conocer su significado y los hallazgos radiológicos característicos de la misma que ayuden a realizar el diagnóstico preoperatorio y a prevenir complicaciones.

### RES0048 PATOLOGÍA INFECCIOSA Y ABSCESOS INTRAABDOMINALES: PECULIARIDADES EN LA EDAD PEDIÁTRICA

*Elena Moya Sánchez<sup>1</sup>, Víctor Medina Salas<sup>2</sup>, Laura Fernández Navarro<sup>3</sup>, María Dolores Rabadán Caravaca<sup>3</sup>, María del Carmen Pérez García<sup>3</sup>, Jesús Parejo Santaella<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Hospital General Básico de Baza. Radiodiagnóstico

<sup>2</sup> Centro de Salud Almanjáyar. Radiodiagnóstico

<sup>3</sup> Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Radiodiagnóstico

### Objetivo docente

1. Revisar la patología infecciosa que da lugar a abscesos intraabdominales y sus particularidades en la edad pediátrica.
2. Conocer las indicaciones y utilidades de las técnicas de imagen con la finalidad de realizar un adecuado diagnóstico diferencial que permita la instauración de un tratamiento precoz.

### Revisión del tema

Los abscesos en la edad pediátrica presentan unas particularidades especiales por la edad y la localización anatómica específica.

La finalidad es mostrar los hallazgos característicos en las distintas técnicas de imagen y su comportamiento según las localizaciones anatómicas, así como la evolución de los mismos. Se presentan casos de abscesos abdominales y patología inflamatorio- infecciosa propia de esta edad, con correlación clínica y sus hallazgos en distintas técnicas de imagen: abscesos esplénicos, apendicitis aguda complicada, enfermedad inflamatoria intestinal haciendo especial hincapié en la enfermedad de Crohn, así como abscesos perianales.

### Conclusiones

- Existen numerosas patologías infecciosas que condicionan la formación de abscesos intraabdominales en la edad pediátrica.
- Es importante para el radiólogo conocer las peculiaridades

de su presentación en las distintas técnicas de imagen, especialmente en ecografía y resonancia magnética, muy útiles y apropiadas para esta edad debido a la ausencia de radiación ionizante.

### RES0049 PAPEL DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA EN LA PATOLOGÍA ESOFÁGICA

*Ady Mildred Viveros Castaño, Marta Herrero Redondo, Ana Oliva Martí, Esther García Rodríguez, Greicy Muniz da Silva, Guiomar Piqué Rey*

*Hospital de Tortosa Verge de la Cinta. Radiodiagnóstico*

### Objetivo docente

Presentar la contribución de la tomografía computarizada multidetector (TCMD) al diagnóstico de la patología del esófago torácico, mediante la revisión de casos ilustrativos de diversas patologías, así como de sus principales complicaciones, permitiendo establecer un diagnóstico diferencial entre las mismas.

### Revisión del tema

En los últimos años se ha registrado un aumento de la incidencia de patología esofágica y sus complicaciones, que pueden ser letales si el diagnóstico y manejo no son precoces. Lo que convierte la valoración radiológica en una herramienta de gran importancia, permitiendo un mejor enfoque de estas entidades. El esófago es un tubo muscular de unos 20-24cm y clínicamente se divide en dos porciones: cervical y torácico. El torácico se extiende desde la escotadura esternal hasta la unión gastroesofágica. La pared tiene un espesor máximo de 3 mm y anatomopatológicamente carece de capa serosa.

La patología esofágica se clasifica en: inflamatoria-infecciosa, tumoral, traumática (perforación y fístulas), miscelánea (acalasia, hernia, divertículo, varices, entre otras).

La TCMD permite la caracterización de la patología esofágica y sus complicaciones, ya sea como técnica complementaria del estudio endoscópico o esofagograma o bien como hallazgo en estudios realizados por otros motivos.

Presentamos casos ilustrativos de las distintas modalidades de patología esofágica común e infrecuente diagnosticados por TCMD. En todos ellos se reconocen hallazgos característicos que permiten filiar la patología esofágica propiamente dicha y/o la extensión del proceso e implicación de órganos o estructuras vecinas.

Presentamos casos ilustrativos de las distintas modalidades de patología esofágica común e infrecuente diagnosticados por TCMD. En todos ellos se reconocen hallazgos característicos que permiten filiar la patología esofágica propiamente dicha y/o la extensión del proceso e implicación de órganos o estructuras vecinas.

### Conclusiones

La TCMD contribuye al diagnóstico de las enfermedades del esófago, generalmente como técnica complementaria del estudio endoscópico o baritado, siendo la técnica de elección ante sospecha de patología traumática. Por ende, los radiólogos no solo debemos estar familiarizados con las características anatómicas especiales del esófago y el amplio espectro de patologías presentadas, sino conocer esta útil herramienta para así proporcionar información relevante en el manejo clínico de los pacientes afectados.

**RES0050 APLICACIÓN PRÁCTICA DEL LI- RADS: UN PASO MÁS EN EL MANEJO DEL PACIENTE CIRRÓTICO**

Rebeca Sigüenza González, Teresa Álvarez de Eulate García, María Pina Pallín, Juan José Fuertes Alija, Laura Casadiego Matarranz, Isabel Montserrat Otero Mongil

Hospital Clínico Universitario Valladolid. Radiodiagnóstico

**Objetivo docente**

- Revisar las principales características y modificaciones de la nueva versión LI-RADS 2017.
- Analizar la utilidad práctica de este sistema, basándonos en nuestra experiencia. Aportación de casos representativos.

**Revisión del tema**

El "Liver Imaging Reporting and Data System" (LIRADS) es un Sistema creado por el colegio Americano de Radiología para estandarizar la interpretación de los hallazgos hepáticos en pacientes con riesgo de desarrollar un carcinoma hepatocelular (CHC). El conocimiento de los criterios incluidos en esta clasificación resulta crucial para el manejo de los pacientes cirróticos, pues permite categorizar lesiones focales hepáticas y orientar su manejo terapéutico.

La nueva versión LIRADS 2017 ha introducido novedosos cambios en esta clasificación, tanto en las categorías incluidas en la misma como en sus criterios mayores y menores. Actualmente, se ha introducido la categoría LR- NC (no categorizable) y se han realizado modificaciones en la categoría LR- M, utilizada para filiar las lesiones malignas que no corresponden a un CHC, y en LR-IV (anteriormente denominada LR-5) que hace referencia la invasión venosa tanto en el contexto de CHC como de otras patologías malignas. También se han revisado algunos conceptos incluidos dentro de los criterios mayores (umbral de crecimiento, realce arterial anular...) y el papel que desempeñan los criterios menores en la decisión diagnóstica. Otro punto que no puede olvidarse es el valor del LIRADS en la evaluación de la respuesta al tratamiento.

Se pretende analizar y enfocar todos estos aspectos desde un punto de vista útil en la práctica diaria. Para ello se aportarán casos basados en nuestra experiencia.

**Conclusiones**

La evolución del sistema LIRADS permite mejorar la correlación clínico- radiológica y el manejo terapéutico del paciente cirrótico. El conocimiento de sus nuevas características resulta de vital importancia.

**RES0052 HIPERPLASIA NODULAR REGENERATIVA FARMACOLÓGICA, CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO**

Ángela Samerón Ruiz, Patricia Virginia García Pérez, María Dolores García Roa, Carmen Garrido Moreno, Antonio Medina Benítez

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Radiodiagnóstico

**Objetivo docente**

- Describir las causas farmacológicas de la hiperplasia nodular regenerativa, puntualizar como sospecharla y su aproximación diagnóstica con técnicas de imagen.
- Establecer el diagnóstico diferencial, así como evaluar los posibles errores diagnósticos.

**Revisión del tema**

La hiperplasia nodular regenerativa es una entidad rara caracterizada por la aparición de nódulos hepáticos benignos de carácter regenerativo. Su etiología es incierta, aunque se ha relacionado con aumento de resistencia al flujo del sinusoides hepático, disminución del aporte portal o del drenaje venoso por venas suprahepáticas.

Algunos fármacos pueden producir daño hepático tal como colestasis o citolisis, igualmente pueden inducir alteración en el sinusoides condicionando cambios en la vascularización portal o vena central de drenaje del lobulillo hepático provocando la aparición de la hiperplasia nodular regenerativa en hígado no cirrótico, pudiendo llegar a condicionar hipertensión portal. Asimismo, se encuentra descrita en alteraciones autoinmunes, en síndrome de Bud Chiari y enfermedades hematológicas.

Se presentan como nódulos hepáticos que aparecen posteriormente al tratamiento quimioterápico en ausencia de cirrosis hepática, en técnicas de imagen se muestran hipervasculares en fase arterial homogeneizándose en el resto del estudio dinámico, siendo clave para su sospecha clínica la hiperintensidad en RM en fase celular tras la administración de contraste hepatoespecífico.

Son particularmente frecuentes en el tratamiento con oxaliplatino, aunque están asociados a múltiples fármacos.

**Conclusiones**

- Es posible una aproximación diagnóstica de hiperplasia nodular regenerativa con técnicas de imagen, aunque no son específicas para su diagnóstico y es necesario la confirmación histológica.

**RES0053 APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA AL SÍNDROME DE WÜNDERLICH**

Isabel Montserrat Otero Mongil, Sonia Osorio Aira, Maribel Jiménez Cuenca, Laura Casadiego Matarranz, Rebeca Sigüenza González y Sofía Joral del Hoyo

Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Radiodiagnóstico

**Objetivo docente**

El Síndrome de Wunderlich se define como un hematoma



retroperitoneal espontáneo cuya etiología más frecuente es la rotura de un angiomiolipoma previo. Otras etiologías secundarias incluyen trastornos de la coagulación, vasculitis o infecciones. Se trata de una entidad de baja prevalencia, sin embargo, puede ser causa de un abdomen agudo y shock hipovolémico potencialmente mortales. Por esta razón, creemos importante realizar esta revisión, para tener en cuenta su diagnóstico así como su abordaje terapéutico desde el servicio de Radiodiagnóstico.

### Revisión del tema

Se presentan varios casos de Síndrome de Wunderlich diagnosticados en nuestro hospital y algunos de ellos tratados en nuestro servicio de Radiología Intervencionista.

Revisaremos la forma de presentación clínica, así como los criterios diagnósticos de esta entidad apoyándonos iconográficamente en los casos que hemos diagnosticado. Abordaremos las distintas alternativas terapéuticas, centrándonos en la embolización arterial, repasando la técnica que se debe emplear, así como los resultados obtenidos y posibles complicaciones.

### Conclusiones

El Síndrome de Wunderlich es una entidad cuyas manifestaciones clínicas se resumen bajo la llamada Triada de Lenk (dolor, masa palpable en flanco y shock hipovolémico). No obstante, y dado que esta forma de presentación clínica no siempre está presente en forma de tríada, es importante tenerlo en cuenta en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal, así como recurrir a las pruebas de imagen adecuadas para llegar a su diagnóstico.

El papel del radiólogo en esta entidad es de gran importancia, no sólo en el abordaje diagnóstico temprano, sino también en el tratamiento mediante la embolización arterial sangrante, el seguimiento del paciente y la detección de posibles complicaciones.

### RES0054 COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LOS ANEURISMAS DE AORTA ABDOMINAL. ¿QUÉ DEBE SABER EL RADIÓLOGO?

*Isabel Montserrat Otero Mongil, Sonia Osorio Aira, Sofía Joral del Hoyo, Esther Gómez San Martín, María Teresa Álvarez de Eulate García, Mercedes Susana González Fuentes*

*Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Radiodiagnóstico*

#### Objetivo docente

En los últimos años se ha producido un aumento significativo del número de tratamientos de los aneurismas de aorta abdominal mediante terapia endovascular, que permite excluir el aneurisma problemático sin recurrir a cirugías más agresivas.

Debido a un aumento de la prevalencia de este tipo de técnicas, se ha producido una mayor demanda de estudios radiológicos de control, que tienen como objetivo fundamental evaluar los resultados de la cirugía, así como detectar posibles

complicaciones.

Las complicaciones más frecuentes asociadas a este procedimiento incluyen: endofugas vasculares, trombosis o estenosis de alguna rama arterial, movilización de la prótesis, progresión del aneurisma e infección.

### Revisión del tema

Para abordar el estudio del tratamiento y de las complicaciones subyacentes a esta técnica, revisaremos una serie de casos clínicos ilustrativos diagnosticados en nuestro servicio ofreciendo información acerca de los hallazgos radiológicos que podremos encontrar en el control habitual tras el procedimiento y las claves para poder diagnosticar cada una de las complicaciones.

### Conclusiones

El tratamiento endovascular de los aneurismas de aorta abdominal es una alternativa terapéutica eficaz y poco invasiva, que ofrece buenos resultados clínicos y una tasa de morbimortalidad significativamente menor que la cirugía abierta.

El radiólogo tiene un papel importante en el diagnóstico del paciente, control postquirúrgico y seguimiento a largo plazo del mismo. Conocer las posibles complicaciones que pueden suceder es básico para llegar a un diagnóstico radiológico certero.

### RES0056 NEOPLASIAS GÁSTRICAS: PROTOCOLO DE ESTUDIO Y HALLAZGOS RADIOLÓGICOS

*Begoña Palomo Antequera, Jennifer Barbató Mateos, Cristina Fernández Buergo, Elsa García Antuña, Yolanda García Alonso, Ana Villán González*

*Hospital Universitario de Cabueñes. Radiodiagnóstico*

#### Objetivo docente

Describir el protocolo utilizado en nuestro hospital para la optimización del estudio por TC de las neoplasias gástricas, así como describir los hallazgos radiológicos en los diferentes estadios tumorales.

### Revisión del tema

El cáncer gástrico es la quinta neoplasia más frecuente en el mundo, siendo más prevalente en países de Asia oriental. En España, aunque su prevalencia ha disminuido ocupa el sexto puesto entre las neoplasias más frecuentes.

El 90% de las neoplasias gástricas son adenocarcinomas. Otras neoplasias menos frecuentes son el linfoma, leiomioma y el carcinoide.

Su estadificación prequirúrgica se basa en el estudio ecoendoscópico y mediante tomografía computerizada (TC). La ecoendoscopia es más útil en la valoración de la invasión parietal y la TC con reconstrucciones multiplanares en la invasión local y metastásica. El protocolo de estudio incluye la distensión gástrica con agua y la administración de contraste en fase arterial tardía y venosa portal.

La estadificación tumoral se realiza según la American Joint

Comité on Cáncer (7th Ed).

La detección tumoral y estadificación T. Los tumores gástricos suelen ser hipervasculares en el estudio dinámico, mostrándose como un engrosamiento mural focal con o sin ulceración, engrosamiento mural difuso o una lesión polipoidea. Se define T1 como invasión de la lámina propia, muscularis mucosa o submucosa. T2 invasión de la capa muscular, T3 invasión de la subserosa y T4 aquellos tumores que invaden la serosa/peritoneo visceral o estructuras adyacentes.

Afectación N. Radiológicamente se considera que existe afectación si los ganglios miden >8 mm de diámetro en el eje mayor y presentan intenso realce en la fase venosa.

La afectación a distancia (M) se puede realizar por extensión directa, peritoneal o hematogénea.

### Conclusiones

Es necesario conocer las manifestaciones radiológicas locales y a distancia del cáncer gástrico, así como emplear un adecuado protocolo de TC para optimizar el diagnóstico y seguimiento de esta patología.

### RES0059 COMPLICACIONES LOCALES DE LA PANCREATITIS AGUDA

*María del Carmen Pérez García, María Dolores Rabadán Caravaca, Antonio José García Salguero, Jesús Parejo Santaella, Carlos Luque Revelles, Ángela Salmerón Ruiz*

*Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Radiodiagnóstico*

#### Objetivo docente

- Describir los hallazgos radiológicos en tomografía computarizada (TC) de las complicaciones locales de la pancreatitis aguda
- Clarificar la nomenclatura de las mismas de acuerdo a la Clasificación de Atlanta revisada (2012)
- Realizar un correcto diagnóstico diferencial entre ellas para asegurar un manejo adecuado

#### Revisión del tema

La pancreatitis aguda es una patología relativamente frecuente y de curso leve y autolimitado en la mayoría de los casos. Sin embargo, en algunos casos pueden aparecer complicaciones que complican la evolución y pueden suponer un riesgo para la vida del paciente.

La clasificación de Atlanta revisada establece tres niveles de gravedad de la pancreatitis aguda en base a criterios clínicos y radiológicos. Entre estos últimos se destacan las complicaciones locales, cuyas características es importante conocer para establecer el manejo y pronóstico del paciente.

### Conclusiones

Las complicaciones locales de la pancreatitis aguda son uno de los criterios utilizados en la clasificación de gravedad de esta patología. Reconocerlas y utilizar una nomenclatura adecuada y unificada es fundamental para el correcto manejo de los pacientes

### RES0060 DRENAJE DE COLECCIONES EN LA PANCREATITIS AGUDA: ¿CUÁNDO ESTÁ INDICADO?

*María del Carmen Pérez García<sup>1</sup>, Antonio José García Salguero<sup>1</sup>, María Dolores Rabadán Caravaca<sup>1</sup>, Sara Barranco Acosta<sup>1</sup>, Elena Moya Sánchez<sup>2</sup>, Ángela Salmerón Ruiz<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> *Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Radiodiagnóstico*  
<sup>2</sup> *Hospital General Básico de Baza. Radiodiagnóstico*

#### Objetivo docente

Establecer la indicación de drenaje u otro tipo de intervención por parte del radiólogo en las colecciones que pueden aparecer en el curso de una pancreatitis aguda.

#### Revisión del tema

La pancreatitis aguda es un proceso que a menudo requiere un manejo multidisciplinar, generalmente conservador. Ante la aparición de algunas de sus complicaciones se puede plantear un tratamiento invasivo que, según las características de dichas complicaciones y del propio paciente, puede requerir la intervención de diferentes especialistas (radiólogo, cirujano, digestivo).

Cuando esto es necesario, disponemos de distintos métodos percutáneos guiados por imagen como son la aspiración con aguja fina, el drenaje por catéter o la necrosectomía percutánea. Conocer cuándo está indicado recurrir a cualquiera de estos procedimientos puede ser determinante en la evolución de esta patología.

### Conclusiones

La indicación de drenaje de colecciones en la pancreatitis aguda es hoy día algo discutido y que depende en gran medida de la experiencia de cada servicio. Establecer unos criterios claros para saber cuándo llevarlo a cabo mediante métodos guiados por imagen es de utilidad de cara a orientar el manejo y mejorar el pronóstico de estos pacientes.

### RES0061 UNA CAUSA INUSUAL DE NEUMOPERITONEO: INFECCIÓN POR BACTERIAS PRODUCTORAS DE GAS

*Anna Framis Utset, Eva Ballesteros Gomiz*

*Corporació Sanitària Parc Taulí. Radiología de Abdomen*

#### Objetivo docente

Revisar las diferentes etiologías del neumoperitoneo no quirúrgico haciendo especial hincapié en el neumoperitoneo secundario a infección por bacterias productoras de gas, ya sea por rotura de un absceso hepático o a la diseminación directa desde la cápsula. Se expondrán y comentarán tres casos.

#### Revisión del tema

El neumoperitoneo se define por la presencia de aire en la cavidad peritoneal y la mayoría de las veces es debido a una perforación de víscera hueca indicando la necesidad de cirugía urgente. Sin embargo, entre el 10 y el 15% de las veces resulta ser debido a

otra etiología.

Dentro de las causas de neumoperitoneo no quirúrgico, destaca la iatrogénica (poscirugía abdominal reciente, lavados abdominales, etc.), que es la causa más frecuente, y otras como la oclusión intestinal (paso de aire a través de la pared intestinal) y la neumatosis quística intestinal. La infección peritoneal por bacterias productoras de gas, ya sea primaria o secundaria, es una causa poco frecuente de neumoperitoneo y existen pocos casos descritos en la literatura. En este póster presentamos tres casos de neumoperitoneo secundario a la diseminación peritoneal directa de una infección hepática.

### Conclusiones

Aunque la perforación de víscera hueca es la causa más frecuente de neumoperitoneo, es importante conocer las diferentes etiologías con el propósito de evitar laparotomías innecesarias.

### RES0063 HEPATOCARCINOMA INFILTRATIVO: RETOS DEL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN

*Verónica Vallejo Herrera, Félix Serrano Puche, María Requena Santos, Leticia Liébana Carpio, Ana Raquel de Castro Almeida, Francisca Escalona Pérez*

*Hospital Regional de Málaga. Radiodiagnóstico*

#### Objetivo docente

Revisamos los puntos claves para el diagnóstico por imagen del hepatocarcinoma infiltrativo, basándonos en la casuística de pacientes diagnosticados en nuestro centro.

#### Revisión del tema

El hepatocarcinoma infiltrativo es el subtipo de hepatocarcinoma menos frecuente y de mayor dificultad diagnóstica si los comparamos con los subtipos multicéntrico o nodular.

Su dificultad diagnóstica radica en la apariencia y comportamiento radiológico que sobre un hígado cirrótico de aspecto heterogéneo, puede pasar desapercibido o simular trastornos de perfusión, hallazgos frecuentes en pacientes con hepatopatías avanzadas.

En los estudios de TC multicorte el hepatocarcinoma infiltrativo presenta un aspecto parcheado, pudiendo no presentar el realce arterial y lavado portal típico que se evidencia habitualmente en otros subtipos. Un hallazgo prácticamente constante en estos pacientes es la presencia de trombosis portal tumoral, con un realce evidente en fase arterial y que nos puede poner sobre aviso de la existencia de un hepatocarcinoma.

#### Conclusiones

Las claves del diagnóstico por imagen del hepatocarcinoma infiltrativo puede ayudar a una detección precoz del mismo y a mejorar el pronóstico y la supervivencia de estos pacientes, ya que habitualmente se detecta en fases tardías condicionando un mal pronóstico.

### RES0065 MEJORANDO LA COMUNICACIÓN COTIDIANA. DIVERTICULITIS Y POSTCIRUGÍA DEL TUBO DIGESTIVO

*Paula Rubio Murillo, Angustias Ortiz Flores, Jorge Vivancos García, Esther Ruiz García*

*Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Radiodiagnóstico*

#### Objetivo docente

Fomentar la comunicación clínico-radiológica basándonos en:

- Acercamiento a técnicas conciliatorias reconocidas, en concreto análisis transaccional.
- Evaluación de nuestra comunicación clínico-radiológica analizando dos patologías concretas.
- Propuesta de estandarización de informes.

#### Revisión del tema

Exponemos estrategias de comunicación de éxito reconocido, basadas en estudios de análisis conciliatorio, que si bien son del ámbito de la psicología humanista, también lo son de la sociología y por tanto de lo que nos compete en nuestra práctica diaria: comunicarnos.

Elegimos dos patologías sobre las que empezamos a trabajar: diverticulitis y abdomen postcirugía de tubo digestivo. Patologías prevalentes y donde intervienen profesionales con distintas funciones y perspectivas.

Pasamos un test a los clínicos implicados, fundamentalmente la unidad de cirugía, UCI y urgencias. Pasamos otro test a los radiólogos.

Los test serán a modo de ítems. Indagamos sobre lo que realmente ellos nos están preguntando al solicitarnos el estudio y lo que realmente nosotros necesitamos o echamos de menos de su información clínica a la hora de enfocar el estudio.

Revisamos aleatoriamente y por ítems qué datos estamos dando en nuestros informes sobre estas patologías y qué datos nos dan los clínicos para poder responderles bien.

Evaluamos si estamos dando respuesta a sus necesidades.

Planteamos una guía a modo de informe estandarizado e incluso "información clínica" estandarizada.

#### Conclusiones

El conocimiento de técnicas de comunicación, el análisis de la comunicación clínico-radiológico y el informe estructurado favorecen:

- Un mayor compromiso interprofesional.
- Una mayor homogeneidad de informes que optimizan la valoración evolutiva.
- Una mayor agilidad en todo el proceso.

## RES0067 PATOLOGÍA DE LA UNIÓN GASTROESOFÁGICA: ¿ES O NO ES TUMOR?

María José Moreno Negrete<sup>1</sup>, Richard Mast-Vilaseca<sup>1</sup>, Roberto Salgado Barriga<sup>1</sup>, Sandra Castro-Boix<sup>2</sup>, Marta Vera Cartas<sup>1</sup>, David Armario Bel<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Universitario Vall d'Hebron. Radiodiagnóstico

<sup>2</sup> Hospital Universitario Vall d'Hebron. Cirugía General

### Objetivo docente

Clasificar y diferenciar las patologías más frecuentes en la unión gastroesofágica.

### Revisión del tema

La unión gastroesofágica es una zona de transición: de un epitelio a otro, de una cavidad a otra, e incluso de un pH a otro. Por lo tanto, es especialmente propensa a presentar patología tanto tumoral como benigna, y en ocasiones puede ser complejo diferenciar radiológicamente con cierto nivel de confianza la patología benigna de la maligna.

Empezaremos por definir anatómicamente la unión gastroesofágica, que es una zona cuyos límites suele ser difícil delimitación, aunque técnicas como la endoscopia y la ecoendoscopia nos serán de gran utilidad.

En esta revisión clasificamos las alteraciones en tres grandes grupos: variantes anatómicas y postquirúrgicas, patología tumoral (benigna y maligna) y finalmente patología no tumoral (inflamatoria, muscular, mecánica, otras). Se muestran características radiológicas de cada entidad y posibles claves diagnósticas que permitan diferenciar o acotar el diagnóstico final para diferenciar si lo que estamos viendo es, o no es... un tumor.

### Conclusiones

Aunque la patología de la unión gastroesofágica es diversa, un estudio radiológico sistemático nos puede ayudar a diferenciar estas entidades y así definir el posterior manejo médico y/o quirúrgico.

## RES0068 OPTIMIZANDO DOSIS DE RADIACIÓN EN TC DE ABDOMEN

Angustias Ortiz Flores, Esther García Ruiz, Paula Rubio Murillo, Fernando Romero Gallego, Francisco Javier Ramos Medrano

San Juan de Dios del Aljarafe. Radiodiagnóstico

### Objetivo docente

Compartir nuestra experiencia en la implantación de un protocolo de realización de TC de abdomen aplicable a una población concreta, que consigue en esta población una reducción de las dosis de radiación en abdomen de un 25% sin detrimento de la capacidad diagnóstica.

### Revisión del tema

Tras observar la tendencia a optimizar dosis a las que nos llaman

nuestras sociedades científicas y nuestra ética, y tras estudiar bibliografía al respecto, decidimos estudiar si era aplicable en nuestro medio.

Disponemos de un solo TC Philips Brilliance de 16 filas de detectores.

Formamos un comité multidisciplinar con técnicos, enfermeros y radiólogos para llevarlo a cabo diseñando un protocolo y estudiando el resultado.

El comité diseñó una adquisición "baja dosis" que supuso una modificación de los parámetros de adquisición de imágenes:

- Aumento de la velocidad de rotación de la hélice y el pitch.
- Disminución del espesor de corte, del desplazamiento de la mesa, y del miliamperaje.

Se aplicó a pacientes de hasta 65 años que requerían estudios multifásicos.

Se descartaron pacientes con grosor abdominal muy aumentado, por su menor rentabilidad diagnóstica al aumentar el ruido.

Los radiólogos supervisaron todos estos estudios una vez adquiridos para valorar la rentabilidad diagnóstica.

Se valoró la calidad del estudio en base a la adecuada visualización de las estructuras anatómicas, y la ausencia de artefactos por exceso de ruido.

### Conclusiones

Hemos conseguido implantar un protocolo de estudio TC de abdomen que reduce significativamente la dosis de radiación.

Este protocolo es aplicable a un gran número de pacientes por lo que sus beneficios, (entendido por la reducción del riesgo que supone), son grandes.

La formación continuada, las propuestas de mejora y el trabajo multidisciplinar son herramientas suficientes para mejoras tan importantes como ésta.

## RES0069 CONTROL ECOGRÁFICO DE LA DERIVACIÓN PORTOSISTÉMICA INTRAHEPÁTICA TRANSYUGULAR (TIPS): GUÍA PARA CORRECTA REALIZACIÓN

Alfredo Páez Carpio<sup>1</sup>, Ernesto Belmonte Castán<sup>1</sup>, M. Ángeles García Criado<sup>1</sup>, Anna Darnell Martín<sup>1</sup>, Fanny Turon Masferrer<sup>2</sup>, Anna Baiges Aznar<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital Clínic de Barcelona. Radiodiagnóstico <sup>2</sup> Hospital Clínic de Barcelona. Hemodinámica Hepática

### Objetivo docente

La ecografía abdominal se utiliza como modalidad de primera línea en el control del correcto funcionamiento de la derivación portosistémica intrahepática transyugular (TIPS).

Los objetivos planteados son:

Revisar brevemente las indicaciones y contraindicaciones del TIPS.

Describir el correcto protocolo de realización de la prueba, los hallazgos normales y patológicos.

Describir las complicaciones derivadas de la colocación del TIPS.

Revisar la posible utilidad de la CEUS en el control ecográfico del TIPS.

**Revisión del tema**

Mencionamos las indicaciones y contraindicaciones para la colocación del TIPS, clasificándolas en relativas y absolutas. Revisamos los diferentes protocolos propuestos para el adecuado control ecográfico del TIPS, incluyendo los correctos intervalos de tiempo entre controles, los hallazgos ecográficos que indican su correcto funcionamiento y las posibles dificultades para su realización. Asimismo, de acuerdo con la literatura y nuestra experiencia, hemos enumerado los hallazgos ecográficos que sugieren el malfuncionamiento del TIPS, describimos las posibles complicaciones derivadas de su colocación y muy brevemente las opciones terapéuticas con las que contamos. Finalmente describimos el potencial de la CEUS en el control ecográfico del TIPS.

**Conclusiones**

La ecografía abdominal es la prueba de elección en el control del TIPS, requiere adquirir conocimientos y habilidades para su correcta realización y estar familiarizado con los signos que indican su malfuncionamiento y sus posibles complicaciones.

**RES0070 NECROSIS GRASA: LA SIMULADORA DEL ABDOMEN AGUDO**

*Silvia Buso Gil, Juan Ignacio Cervera Miguel, María de la Cruz Monferrer, Héctor Chicote Huete, Nerses Nersesyan, Antoni Boscá Ramón*

*Hospital Clínico Universitario de Valencia. Radiodiagnóstico*

**Objetivo docente**

Conocer las principales diferencias por imagen de la necrosis grasa respecto al abdomen agudo.

**Revisión del tema**

Aunque clínicamente pueden presentarse de una manera muy similar un abdomen agudo y una necrosis grasa intraabdominal, por imagen puede diferenciarse en la mayor parte de los casos. El radiólogo juega un papel clave en el manejo de este tipo de pacientes, evitando un tratamiento o cirugía innecesaria y agilizando la atención del paciente.

La apendicitis epiploica suele localizarse en la fosa ilíaca izquierda, simulando una diverticulitis aguda. Sin embargo, no habrá engrosamiento segmentario de la pared del colon, manifestándose como un aumento focal de la densidad en TC o de la ecogenicidad en ecografía de la grasa adherida al colon bajo el punto de más dolor. Además, suele ser menor de 5 cm y estar rodeada por un anillo de mayor densidad.

El infarto omental suele localizarse en la fosa ilíaca derecha, simulando una apendicitis. Sin embargo, no habrá engrosamiento de la pared del apéndice, manifestándose como un aumento focal de la densidad en TC o de la ecogenicidad en ecografía de la grasa adherida a la pared abdominal bajo el punto de más dolor. Suele estar peor definida, tener un tamaño de entre 3 y 15 cm y presentar densidades lineales en su interior por bandas fibrosas

o venas dilatadas trombosadas. De una manera tardía aparece un anillo hiperdenso por saponificación.

**Conclusiones**

Las principales características radiológicas de la necrosis grasa permiten realizar un diagnóstico diferencial con el abdomen agudo en la mayor parte de los pacientes.

**RES0071 LA VEJIGA URINARIA EN URGENCIAS**

*Marta Gonzalo Carballés<sup>1</sup>, José Miguel Escudero Fernández<sup>2</sup>, Daniel Moreno Martínez<sup>1</sup>, Eva Castellà Fierro<sup>1</sup>, Xavier Gurí Azogue<sup>1</sup>, Josep Salvador Civil<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Hospital Vall d'Hebron. Radiología de Urgencias

<sup>2</sup> Hospital Vall d'Hebron. Radiología de Abdomen

**Objetivo docente**

- Conocer la anatomía básica vesical y su relación con el resto de órganos pélvicos y del aparato urinario.
- Describir la etiología y los hallazgos radiológicos de las diferentes patologías vesicales urgentes en nuestra unidad de radiología.
- Describir la utilidad de la imagen mediante ecografía, los diferentes tipos de estudio por TC, la cistografía directa e indirecta en el diagnóstico de patología urgente vesical y el protocolo de estudio más adecuado para su correcto diagnóstico.

**Revisión del tema**

El radiodiagnóstico juega un papel fundamental en el diagnóstico de la patología aguda vesical.

El espectro de patologías agudas de la vejiga urinaria es variado, abarcando desde unas más banales y autolimitadas hasta otras más graves que requieren un tratamiento precoz para evitar futuras complicaciones. Existen hallazgos radiológicos específicos de la patología vesical que pueden ser de vital importancia para conseguir un diagnóstico preciso, que tendrá implicación pronóstica y terapéutica.

En el servicio de urgencias podemos enfrentarnos a diferentes afecciones vesicales que abarcan desde las litiasis, las cistitis de diversas etiologías (infecciosa, inflamatoria, enfisematosa, rídica, EICH, post BCG); las roturas vesicales postraumáticas, tumorales y iatrogénicas (postRTU o por globo vesical), las hernias y los divertículos vesicales, las fístulas posquirúrgicas o de origen inflamatorio y la isquemia vesical en el contexto de un fallo multiorgánico o como complicación de una embolización.

**Conclusiones**

El radiólogo debe estar familiarizado con la anatomía vesical y de la región pélvica y con los hallazgos típicos de la patología vesical que pueden verse en los servicios radiológicos de urgencias. La ecografía, el TC y la cistografía son las pruebas de imagen de elección por su rapidez y disponibilidad en el servicio de urgencias y los hallazgos radiológicos muchas veces pueden ser suficientes o aportar información decisiva para realizar el correcto diagnóstico.

## RES0072 OBSTRUCCIÓN DE INTESTINO DELGADO EN EL ADULTO POR BRIDAS Y ADHERENCIAS. TODO LO QUE EL RADIÓLOGO PUEDE APORTAR

Miguel Ángel Corral de la Calle<sup>1</sup>, Javier Encinas de la Iglesia<sup>2</sup>, Piedad Arias Rodríguez<sup>3</sup>, Aurymar Fraino<sup>1</sup>, Percy Alexander Chaparro García<sup>1</sup>, Stela Fidalgo Hernández<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Complejo Asistencial de Ávila. Radiodiagnóstico

<sup>2</sup> Complejo Asistencial de Zamora. Radiodiagnóstico

<sup>3</sup> Complejo Asistencial de Salamanca. Radiodiagnóstico

### Objetivo docente

Revisar las causas, epidemiología, fisiopatología, manifestaciones clínicas y radiológicas de la obstrucción de intestino delgado en el adulto (OIDA).

Definir los objetivos y los aspectos técnicos de las exploraciones radiológicas en su diagnóstico.

Describir las peculiaridades clínicas y los hallazgos radiológicos concretos cuando la causa son bridas y adherencias.

### Revisión del tema

Las causas de OIDA en orden descendente son bridas, hernias de pared abdominal, enfermedad de Crohn, neoplasias, íleo biliar, bezóar, hernia interna y otras.

La radiografía de abdomen tiene baja sensibilidad y alta variabilidad en la interpretación. La ecografía en manos experimentadas y la RM pueden ser útiles, especialmente si no se sospechaba, en gestantes y niños. La TC es la técnica más indicada. Revisaremos el protocolo técnico y de interpretación óptimo.

El radiólogo puede aportar el diagnóstico de OIDA, el grado de obstrucción, el nivel en el intestino y topográfico, la causa y, en su caso, las complicaciones (obstrucción en asa cerrada, isquemia y perforación).

Las bridas y adherencias son la causa más frecuente de OIDA (56%). Suele haber un antecedente quirúrgico abdominal, pero también ser congénitas o secundarias a traumatismo o cuadros inflamatorios.

Debe sospecharse ante una OIDA con un solo punto afilado de transición, ocasionalmente con giro intestinal, sin otras causas endoluminales, parietales o extrínsecas. Es frecuente que aparezca material pseudofecal o detritos alimentarios en el tramo proximal, que no deben confundirse con un bezóar. Revisamos los parámetros de imagen que se asocian con mayor éxito del manejo conservador.

Son la causa más frecuente de obstrucción en asa cerrada, cuyos signos radiológicos también revisaremos, todo ello a partir de una amplia casuística que incluye vídeos para una valoración dinámica.

### Conclusiones

Las bridas y adherencias son la causa más frecuente de OIDA. El radiólogo tiene un papel fundamental en su diagnóstico y decisión del manejo clínico.

## RES0073 MUCOCELE APENDICULAR

Naroa Nates Uribe, María Victoria Bárcena Robredo, Eider Alcalde Odriozola, Gonzalo Lecumberri Cortés, María Isusi Fontán, Ane Ibáñez Zubiarraín

Hospital Universitario Basurto. Radiología Abdominal

### Objetivo docente

- Revisar las diferentes patologías apendiculares que engloba el mucocele y sus posibles complicaciones.
- Mostrar una serie de casos diagnosticados en nuestro centro para ilustrar los hallazgos radiológicos y saber reconocerlos para un correcto diagnóstico prequirúrgico.

### Revisión del tema

El mucocele apendicular es un término de descripción macroscópica que corresponde a la dilatación del apéndice ocupado por moco. Es la forma de presentación de varias patologías apendiculares, como son los quistes de retención, la hiperplasia mucosa y las neoplasias mucinosas apendiculares de bajo y de alto grado, entre otras.

Puede debutar de múltiples formas y con frecuencia es un hallazgo incidental en pruebas de imagen realizadas por otros motivos, principalmente en la ecografía y en la TC.

Se muestra como un apéndice dilatado con contenido intraluminal, de tamaño y captación variable, con o sin calcificaciones.

Puede complicarse por inflamación o rotura, dando lugar al pseudomixoma peritoneal benigno, y en caso de neoplasia subyacente al mucocele, puede diseminarse y producir un pseudomixoma peritoneal carcinomatoso de difícil manejo y curación.

El tratamiento de elección del mucocele apendicular es la exéresis quirúrgica para evitar sus posibles complicaciones, con una técnica quirúrgica especialmente meticulosa dado el riesgo de rotura intraoperatoria y su consecuente diseminación.

### Conclusiones

El mucocele apendicular se diagnostica con frecuencia mediante pruebas radiológicas, a veces en pacientes sintomáticos y otras veces de forma incidental. Sus complicaciones son la inflamación, la rotura y la diseminación, de forma espontánea o durante la cirugía apendicular.

El diagnóstico radiológico prequirúrgico es imprescindible para su pronto tratamiento y su manejo quirúrgico adecuado, dado que es una patología cuyas complicaciones son de muy difícil manejo y curación.

**RES0074 COLANGITIS PORTAL: HALLAZGOS EN IMAGEN**

María Ruiz Martín<sup>1</sup>, José Antonio Alonso López<sup>1</sup>,  
Beatriz Bañares González<sup>1</sup>, María Moreno Barrero<sup>1</sup>,  
Manuel Fajardo Puentes<sup>2</sup>, Blanca Esther Viñuela Rueda<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Complejo Asistencial Universitario de Palencia. Radiodiagnóstico

<sup>2</sup> Hospital Universitario Río Hortega. Radiodiagnóstico

**Objetivo docente**

Dar a conocer la colangitis portal como una entidad que se debe tener presente ante un paciente con trombosis e hipertensión portal, especialmente en pacientes que cursen con elevación de fosfatasa alcalina y bilirrubina o con clínica de colangitis o colestasis.

**Revisión del tema**

La colangitis portal es una entidad caracterizada por anomalías en la pared de los ductos biliares y de la vesícula que origina en pacientes con trombosis portal.

En estos pacientes se produce una hipertrofia del plexo venoso de Saint y el plexo venoso de Petren que condicionan indentaciones en la luz de los ductos biliares pudiendo progresar a estenosis significativas. Este proceso ocurre tanto por causa mecánica (compresión extrínseca) como por causa isquémica.

En la mayoría de los casos los pacientes no presentan ningún síntoma, tratándose habitualmente de un hallazgo incidental. Analíticamente cursa en el 40-80% de las ocasiones con un aumento de fosfatasa alcalina y de bilirrubina total.

La ecografía permite diferenciar un engrosamiento parietal inflamatorio o tumoral de varices murales. Además, permite demostrar la existencia de colaterales periportales. El estudio mediante CT hace posible la identificación de cavernomatosis portal y puede evidenciar la dilatación de los plexos para y peribiliar.

La RM es el procedimiento diagnóstico de elección. Junto a la colangio-RM permitirá la evaluación del engrosamiento mural de la vesícula, ductos biliares, estenosis y la existencia de litiasis.

**Conclusiones**

La colangitis portal es una entidad caracterizada por alteraciones murales de la vesícula y de la vía biliar en pacientes con trombosis portal.

Los hallazgos en imagen incluyen trombosis portal, cavernomatosis, varicosidades de la vesícula e irregularidades de los ductos biliares, con aparición de estenosis y dilataciones y formación de litiasis.

Es importante conocer los hallazgos de esta patología para su correcta identificación.

**RES0075 MANIFESTACIONES RADIOLÓGICAS DE LA INGESTIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS**

Eider Alcalde Odriozola, María Victoria Bárcena Robredo,  
Naroa Nates Uribe, Gonzalo Lecumberri Cortés,  
María Isusi Fontán, Ane Ibáñez Zubiarrain

Hospital Universitario Basurto. Radiodiagnóstico

**Objetivo docente**

La ingesta accidental o intencionada de cuerpos extraños es una causa habitual de consulta en nuestro servicio de urgencias. El objetivo de esta presentación es mostrar los hallazgos radiológicos y las complicaciones asociadas a la ingesta de cuerpos extraños objetivados mediante las diferentes técnicas de imagen disponibles en el servicio de urgencias de nuestro hospital. Mostraremos estudios tanto de radiología simple como de TC con cuerpos extraños en las diferentes partes del tubo digestivo.

**Revisión del tema**

La presencia de un cuerpo extraño en el tracto gastrointestinal es un hallazgo frecuente en los estudios de imagen, en ocasiones pueden ser asintomáticos pero no es raro que produzcan complicaciones importantes, con alta morbimortalidad asociada. El diagnóstico puede ser difícil debido a que en ocasiones ni siquiera el propio paciente es consciente de la ingesta del cuerpo extraño y deberemos tenerlo siempre presente como una posible causa de patología aguda abdominal. Las manifestaciones clínicas dependerán del cuerpo extraño ingerido, la localización del mismo y las complicaciones asociadas. Puede ir desde molestias faríngeas, atragantamiento, dolor epigástrico y vómitos hasta obstrucción intestinal, sepsis o perforación. Para su diagnóstico en ocasiones únicamente será necesaria una RX simple de abdomen pero muchas veces, sobre todo en los casos más graves se realizará una TC complementaria, pudiendo objetivar la localización y naturaleza del cuerpo extraño así como las posibles complicaciones generadas.

**Conclusiones**

La ingestión de cuerpos extraños es una patología que encontramos habitualmente en los servicios de urgencias pero de difícil diagnóstico. Es frecuente que no se disponga de información clínica suficiente y la clínica es muy inespecífica. Es importante conocer los hallazgos típicos en imagen, tanto de los cuerpos extraños ingeridos con mayor frecuencia como de sus posibles complicaciones asociadas. En ocasiones los hallazgos serán muy sutiles y no siempre se verán con claridad, por lo que debemos tenerlos siempre presentes ante patología digestiva urgente.

### RES0077 OBSTRUCCIÓN DE INTESTINO DELGADO EN EL ADULTO POR ENFERMEDAD DE CROHN. DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO

Miguel Ángel Corral de la Calle<sup>1</sup>, Javier Encinas de la Iglesia<sup>2</sup>, Piedad Arias Rodríguez<sup>3</sup>, Daniel Santiago Águeda del Bas<sup>4</sup>, Nuria Delgado Ronda<sup>4</sup>, Francisco Javier de Castro García<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Complejo Asistencial de Ávila. Radiodiagnóstico

<sup>2</sup> Complejo Asistencial de Zamora. Radiodiagnóstico

<sup>3</sup> Complejo Asistencial de Salamanca. Radiodiagnóstico

#### Objetivo docente

Revisar las causas, epidemiología, fisiopatología, manifestaciones clínicas y radiológicas de la obstrucción de intestino delgado en el adulto (OIDA).

Definir los objetivos y los aspectos técnicos de las exploraciones radiológicas en su diagnóstico.

Describir las peculiaridades clínicas y los hallazgos radiológicos concretos cuando la causa es la enfermedad de Crohn (EC).

#### Revisión del tema

Las causas de OIDA en orden descendente son bridas, hernias de pared abdominal, EC, neoplasias, íleo biliar, bezoar, hernia interna y otras.

La radiografía de abdomen tiene baja sensibilidad y alta variabilidad en la interpretación. La ecografía en manos experimentadas y la RM pueden ser útiles, especialmente si no se sospechaba, en gestantes y niños. La TC es la técnica más indicada. Revisaremos el protocolo técnico y de interpretación óptimo.

El radiólogo puede aportar el diagnóstico de OIDA, el grado de obstrucción, el nivel en el intestino y topográfico, la causa y, en su caso, las complicaciones (obstrucción en asa cerrada, isquemia y perforación).

En series amplias y metanálisis recientes la EC aparece como una de las causas más frecuentes de OIDA, en algunas incluso como la segunda causa por delante de las hernias de pared.

Frecuentemente el diagnóstico de EC ya es conocido, aunque no excepcionalmente puede ser la forma de debut.

Una de las claves diagnósticas es la existencia de varios tramos intestinales afectados entre otros normales. El tramo obstructivo puede tener cambios inflamatorios o fibroinflamatorios (engrosamiento y estriación murales) o fibroestenóticos (menor engrosamiento y sin estratificación; signo de la cuerda). Deben buscarse también hallazgos extraintestinales orientativos.

Los pacientes suelen ser más jóvenes.

Es raro que se asocie con obstrucción en asa cerrada.

#### Conclusiones

La EC es una de las causas más frecuentes de OIDA. El reconocimiento adecuado por el radiólogo del patrón de afectación puede llevar al diagnóstico correcto y a la selección del mejor manejo clínico.

### RES0078 PSEUDOCIRROSIS: UNA POSIBLE COMPLICACIÓN DEL TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO

María Ruiz Martín, José Antonio Alonso López, Jesús Ángel Simal Fernández, Jesús Garzón Ruiz, Karim Lakis Granell, Blanca Esther Viñuela Rueda

Complejo Asistencial Universitario de Palencia. Radiodiagnóstico

#### Objetivo docente

Dar a conocer la patogenia de la cirrosis, así como el contexto clínico en el que se puede desarrollar.

Describir los hallazgos radiológicos de esta patología.

#### Revisión del tema

Pseudocirrosis es un término radiológico que engloba los cambios hepáticos que ocurren en pacientes tratados con ciertos fármacos quimioterápicos. Esta entidad se caracteriza por cambios que imitan a la cirrosis hepática secundaria a patología hepática crónica, tales como retracción capsular o aumento de tamaño del lóbulo caudado, así como el potencial riesgo de evolución a fallo hepático e hipertensión portal.

La patogenia es aún desconocida, aunque se ha propuesto que esté relacionada con la hiperplasia nodular regenerativa causada por el daño hepático inducida por la quimioterapia.

La mayoría de los casos referidos en la literatura se refieren a pacientes con cáncer de mama metastásico, aunque también se asocia a tumores pancreáticos, troideos y gastrointestinales relacionándose espicalmente con la toma de fármacos hepatotóxicos como Gemcitabina y FOLFOX.

Pacientes con pseudocirrosis no muestran habitualmente las características clínicas de la verdadera cirrosis.

Las características radiológicas son similares a aquellas de la pseudocirrosis: nodularidad del contorno hepático con retracción capsular, disminución del tamaño hepático, fibrosis confluyente y aumento de tamaño del lóbulo caudado. Signos de hipertensión portal como ascitis, esplenomegalia y varices también pueden estar presentes.

#### Conclusiones

Pseudocirrosis es un término radiológico que describe el desarrollo de modularidad hepática difusa en pacientes tratados con quimioterapia para tratamiento de metástasis hepáticas.

El significado clínico de la pseudocirrosis es similar al de la cirrosis.

El conocimiento de los hallazgos radiológico de esta entidad facilita su detección y tratamiento precoz.



### RES0079 ADENOMIOSIS UTERINA: HALLAZGOS RADIOLÓGICOS Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

María Ruiz Martín<sup>1</sup>, José Antonio Alonso López<sup>1</sup>, Manuel Fajardo Puentes<sup>2</sup>, Alejandro Relea Sarabia<sup>1</sup>, José Ignacio Barragán Tabares<sup>1</sup>, Blanca Esther Viñuela Rueda<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Complejo Asistencial Universitario de Palencia. Radiodiagnóstico  
<sup>2</sup> Hospital Universitario Río Hortega. Radiodiagnóstico

#### Objetivo docente

Dar a conocer la etiopatogenia, hallazgos de imagen y diagnóstico diferencial de la adenomiosis uterina.

#### Revisión del tema

La adenomiosis es una entidad no neoplásica caracterizada por la invasión benigna de endometrio ectópico (estroma y glándulas endometriales) en el espesor del miometrio (>2.5 mm desde la interfase endometrio-miometrio) con hiperplasia del músculo liso adyacente. Es más habituales en pacientes multíparas premenopáusicas. Clínicamente, suele cursar con dismenorrea, menorragia y sangrado genital anormal.

Esta entidad se caracteriza por la presencia de un útero aumentado de tamaño y globuloso con hipertrofia del músculo liso y presencia de glándulas dilatadas de endometrio ectópico, quistes y áreas hemorrágicas.

Como técnicas de imagen, se puede emplear la histerosalpingografía, la ecografía (fundamentalmente vía transvaginal) y la RM.

Los hallazgos en RM se caracterizan por un engrosamiento difuso de la línea de unión endometrial superior a 12 mm con pequeños focos hiperintensos en secuencias T2 (áreas quísticas) y focos hiperintensos en T1 (microsangrados).

Presenta un amplio diagnóstico diferencial en el que se incluyen causas fisiológicas, miomas, sarcoma estromal endometrial de bajo grado o invasión miometrial por carcinoma endometrial. También es posible su degeneración maligna.

#### Conclusiones

La adenomiosis uterina se caracteriza por la invasión benigna de endometrio ectópico hacia el miometrio.

Es importante conocer esta patología puesto que se trata de una entidad benigna con un amplio diagnóstico diferencial y con potencial maligno.

### RES0080 OBSTRUCCIÓN DE INTESTINO DELGADO EN EL ADULTO CON ORIGEN NEOPLÁSICO. HALLAZGOS RADIOLÓGICOS

Miguel Ángel Corral de la Calle<sup>1</sup>, Javier Encinas de la Iglesia<sup>2</sup>, Piedad Arias Rodríguez<sup>3</sup>, Aurymar Fraino<sup>1</sup>, Percy Alexander Chaparro García<sup>1</sup>, Marta Villanueva Delgado<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Complejo Asistencial de Ávila. Radiodiagnóstico  
<sup>2</sup> Complejo Asistencial de Zamora. Radiodiagnóstico  
<sup>3</sup> Complejo Asistencial de Salamanca. Radiodiagnóstico

#### Objetivo docente

Revisar las causas, epidemiología, fisiopatología, manifestaciones

clínicas y radiológicas de la obstrucción de intestino delgado en el adulto (OIDA).

Definir los objetivos y los aspectos técnicos de las exploraciones radiológicas en su diagnóstico.

Describir las peculiaridades clínicas y los hallazgos radiológicos concretos cuando la causa de la obstrucción es una neoplasia.

#### Revisión del tema

Las causas de OIDA en orden descendente son bridas, hernias de pared abdominal, enfermedad de Crohn, neoplasias, íleo biliar, bezoar, hernia interna y otras.

La radiografía de abdomen tiene baja sensibilidad y alta variabilidad en la interpretación. La ecografía en manos experimentadas y la RM pueden ser útiles, especialmente si no se sospechaba, en gestantes y niños. La TC es la técnica más indicada. Revisaremos el protocolo técnico y de interpretación óptimo.

El radiólogo puede aportar el diagnóstico de OIDA, el grado de obstrucción, el nivel en el intestino y topográfico, la causa y, en su caso, las complicaciones (obstrucción en asa cerrada, isquemia y perforación).

Las causas neoplásicas son las cuartas en frecuencia de OIDA (5%).

Lo más habitual es que la obstrucción sea extrínseca, en un contexto de carcinomatosis peritoneal, o por atrapamiento de un tramo de intestino delgado por contigüidad por una neoplasia colónica o de otro origen.

La OIDA neoplásica intrínseca es más rara, como lo son los tumores primarios de intestino delgado. El orden en frecuencia es: tumor carcinoide, GIST, adenocarcinoma, linfoma (aunque más frecuente, pocas veces es obstructivo) y metástasis hematógenas (mama, pulmón, melanoma, cáncer de cabeza y cuello...). Por último, un tumor de intestino delgado puede actuar como cabeza de invaginación con obstrucción endoluminal.

#### Conclusiones

La causa neoplásica más frecuente de OIDA es la carcinomatosis peritoneal, aunque también puede haber causas intrínsecas. El radiólogo, en cualquier caso, tiene el reto de establecer el diagnóstico y contribuir al mejor manejo clínico del paciente.

### RES0081 ALTERACIÓN DEL PATRÓN AERO EXTRALUMINAL: ¿MIRAMOS BIEN LAS RX SIMPLES DE ABDOMEN?

María Dolors del Hoyo Pastor<sup>1</sup>, María Dolors Figueras Hernandez<sup>1</sup>, Gemma Garcia Continente<sup>1</sup>, Jaume Gelonch<sup>2</sup>, Montse Gratacós Teixidor<sup>2</sup>, Pauli Viella<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital de Palamós. Radiología <sup>2</sup> Hospital de Palamós. Cirugía

#### Objetivo docente

Reivindicarla correcta lectura de la simple de abdomen como habito diagnóstico que creemos en desuso.

### Revisión del tema

A un gran número de pacientes que consultan en urgencias por dolor abdominal se les realiza una simple de abdomen, radiografía que pocas veces ve el radiólogo/a porque se ha perdido la sistemática de pedir su diagnóstico, reservando este para pruebas más complejas como el TC.

Por parte del radiólogo/a ahogados por la presión asistencial de las otras técnicas como la RM, el TC, mamografías, ecografías... también han abandonado su lectura.

Presentamos una serie de casos clínicos de dolor abdominal donde la simple de abdomen bien mirada hubiese facilitado un diagnóstico más precoz de las patologías.

Los casos seleccionados tienen en común que son pacientes pluripatológicos, inmunodeprimidos (por neoplasias o infecciones) y polimedificados.

Las consultas se realizaron a través de urgencias.

En todos se realizaron simples de abdomen que fueron valoradas solo por los clínicos de diferentes especialidades como normales. Posteriormente se realizaron TC abdomen de urgencias.

Correlacionamos las imágenes de la simple de abdomen, TC abdominal y las patologías responsables.

### Conclusiones

Después de todo lo expuesto contestamos a la pregunta del trabajo: ¿Sabemos aún los radiólogos leer la simple de abdomen y transmitir la interpretación de los signos radiológicos a los clínicos y a los nuevos radiólogos/as? Nuestra respuesta es NO.

Por ello para que el sistema clínico sea más efectivo en diagnosticar aire extraluminal tenemos que volver a "saber leer" la simple de abdomen con la gran ayuda del "corrector" que será el TC.

### RES0082 OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR COLELITIASIS (ÍLEO BILIAR). HALLAZGOS RADIOLÓGICOS EN 16 CASOS

Miguel Ángel Corral de la Calle<sup>1</sup>, Javier Encinas de la Iglesia<sup>2</sup>, Piedad Arias Rodríguez<sup>3</sup>, Magdalena de Miguel Gil<sup>3</sup>, Beatriz Sánchez Sánchez<sup>3</sup>, Teresa Domínguez Cejas<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Complejo Asistencial de Ávila. Radiodiagnóstico

<sup>2</sup> Complejo Asistencial de Zamora. Radiodiagnóstico

<sup>3</sup> Complejo Asistencial de Salamanca. Radiodiagnóstico

### Objetivo docente

Revisar las causas, epidemiología, fisiopatología, manifestaciones clínicas y radiológicas de la obstrucción de intestino delgado en el adulto (OIDA).

Definir los objetivos y los aspectos técnicos de las exploraciones radiológicas en su diagnóstico.

Describir las peculiaridades clínicas y los hallazgos radiológicos concretos cuando la causa de la OIDA es un íleo biliar.

### Revisión del tema

Las causas de OIDA en orden descendente son bridas, hernias de pared abdominal, enfermedad de Crohn, neoplasias, íleo biliar,

bezóar, hernia interna y otras.

La radiografía de abdomen tiene baja sensibilidad y alta variabilidad en la interpretación. La ecografía en manos experimentadas y la RM pueden ser útiles, especialmente si no se sospechaba, en gestantes y niños. La TC es la técnica más indicada. Revisaremos el protocolo técnico y de interpretación óptimo.

El radiólogo puede aportar el diagnóstico de OIDA, el grado de obstrucción, el nivel en el intestino y topográfico, la causa y, en su caso, las complicaciones (obstrucción en asa cerrada, isquemia y perforación).

El íleo biliar es la obstrucción intestinal por una litiasis biliar, normalmente grande, previo paso de esta a través de la ampolla de Váter o, más frecuentemente, por una fístula colecisto-intestinal. Si la obstrucción se produce en el estómago o el duodeno proximal se habla de síndrome de Bouveret.

El íleo biliar es la quinta causa de OIDA, aunque en mujeres añosas es más frecuente.

El lugar de impactación más frecuente de la litiasis es el íleon distal.

La triada radiológica de Rigler (aerobilia, dilatación intestinal y visualización de la litiasis) es patognomónica. La radiografía tiene una sensibilidad mucho menor que la TC, que también puede demostrar la fístula. La ecografía puede permitir también el diagnóstico.

### Conclusiones

El íleo biliar es más frecuente en mujeres ancianas. El radiólogo tiene un papel fundamental en su manejo. La TC es la técnica radiológica más útil.

### RES0084 ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA, DE LA SOSPECHA AL DIAGNÓSTICO. CORRELACIÓN RADIOPATOLÓGICA

Laura Fernández Navarro<sup>1</sup>, Elena Moya Sánchez<sup>2</sup>, Sara Barranco Acosta<sup>1</sup>, María Dolores Rabadán Caravaca<sup>1</sup>, Carlos Luque Revelles<sup>1</sup>, Jesús Parejo Santaella<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Radiodiagnóstico

<sup>2</sup> Hospital General Básico de Baza. Radiodiagnóstico

### Objetivo docente

- Realizar un recuerdo anatómico del sistema arterial y venoso, para poder determinar la causa de la isquemia mesentérica, así como los hallazgos en imagen que podremos observar, tanto sugestivos como de certeza.
- Revisar los casos de nuestro hospital, realizando una correlación radiopatológica de los mismos.

### Revisión del tema

La isquemia mesentérica aguda es una patología infrecuente y de difícil diagnóstico clínico, pero de gran gravedad y mal pronóstico, con una mortalidad mayor del 50%.

La isquemia mesentérica puede ser arterial o venosa, siendo

más frecuente la primera. De entre las causas de isquemia arterial se encuentra la enfermedad aterotrombótica de la arteria mesentérica superior y la vasoconstricción esplácnica debido a un bajo gasto. La causa más frecuente de isquemia venosa es la trombosis de la vena mesentérica superior.

La extensión y gravedad variarán por lo tanto en función de la causa y de los vasos afectados, pudiendo ser difusa o segmentaria. Llevaremos a cabo una revisión de los hallazgos en imagen típicos en los que tenemos que fijarnos para realizar el diagnóstico utilizando casos de nuestro centro hospitalario.

### Conclusiones

Debido a la alta tasa de mortalidad de la isquemia mesentérica aguda, debemos conocer los hallazgos en imagen que son tanto sugestivos como de certeza de su diagnóstico, así como ser capaces de determinar su causa, ya sea de origen arterial o venoso, para realizar rápido diagnóstico y tratamiento de la misma.

### RES0085 ESTUDIO RADIOLÓGICO DE LAS LESIONES SUPRARRENALES

*María Ruiz Martín, José Antonio Alonso López, Beatriz Bañares González, Susana Bahamonde Cabria, Karim Lakis Granell, Blanca Esther Viñuela Rueda*

*Complejo Asistencial Universitario de Palencia. Radiodiagnóstico*

#### Objetivo docente

Exponer el rol que presentan la TC y la RM en el estudio de las lesiones suprarrenales.

Dar a conocer la patología suprarrenal más habitual en la práctica clínica.

#### Revisión del tema

Las glándulas suprarrenales son visualizadas en cada estudio de TC abdominal. Aunque puede estar afectada por numerosas etiologías, incluyendo lesiones malignas primarias y secundarias, las lesiones más frecuentes son benignas, como el adenoma, mielolipoma, quistes o secuelas postraumáticas. De entre estas entidades, la más habitual es el adenoma.

El diagnóstico de estas lesiones se puede realizar con TC, sin o con la administración de contraste intravenoso. El adenoma se caracteriza por poseer una densidad <10UH en el estudio basal sin contraste y por presentar un rápido lavado de contraste que con un lavado absoluto mayor del 60% y un lavado relativo mayor de un 40%.

El carcinoma suprarrenal habitualmente presenta un lavado menor y además presenta otras características como una densidad heterogénea y un tamaño mayor. El feocromocitoma puede simular un adenoma. También es posible determinar su naturaleza mediante RM. Gran parte de su utilidad radica en la existencia del artefacto de desplazamiento químico que permite determinar la existencia de grasa intracelular. Este componente se encuentra presente en la mayoría de los adenomas suprarrenales y permite

diferenciarlos de lesiones metastásicas o feocromocitoma, que habitualmente no contienen material lipídico.

Cada entidad cursa con una determinada presentación clínica, epidemiología, hallazgos clave, consideraciones en el diagnóstico diferencial y opciones de tratamiento.

### Conclusiones

La patología suprarrenal es un hallazgo incidental muy frecuente en la práctica clínica.

El conocimiento de un correcto algoritmo radiológico empleando TC y RM facilita y simplifica el trabajo del radiólogo a la hora de enfrentarse a lesiones suprarrenales.

### RES0086 MESOTELIOMA MALIGNO PERITONEAL: UNA NEOPLASIA INTRAABDOMINAL INFRECIENTE

*Christian Zwanzger Medina, Mario Pagés Llinás, Gemma Isus Olivé, Alfredo Páez Carpio, Carmen Ayuso Colella, Juan Ramón Ayuso Colella*

*Hospital Clínico de Barcelona. Radiodiagnóstico*

#### Objetivo docente

- Realizar una revisión bibliográfica sobre las principales características clínicas, imagenológicas y anatomopatológicas del mesotelioma maligno peritoneal; describir brevemente su pronóstico y sus principales diagnósticos diferenciales.
- Describir algunos de los hallazgos clínicos, radiológicos y anatomopatológicos de 7 casos de mesotelioma maligno peritoneal en nuestro centro.

#### Revisión del tema

El mesotelioma es una rara neoplasia primaria que se origina de las células mesoteliales de las membranas serosas. La cavidad peritoneal es la segunda localización más frecuente de esta neoplasia después de la pleural. Existen tres subtipos histológicos: mesotelioma maligno, mesotelioma quístico y mesotelioma papilar bien diferenciado.

El mesotelioma maligno peritoneal se manifiesta en la quinta o sexta década de la vida, preferentemente en hombres y con historia de exposición a asbesto. Clínicamente, se caracteriza por síntomas vagos e inespecíficos por lo que la enfermedad suele estar avanzada al momento del diagnóstico.

Las características radiológicas de esta neoplasia son variables y van desde masas peritoneales sin ascitis (tipo "seco") a ascitis (tipo "húmedo") asociada a engrosamientos nodulares del peritoneo y una masa omental. Si no existe historia de exposición al asbesto, es difícil diferenciar el mesotelioma maligno peritoneal de otras neoplasias de presentación similar sólo en base a los hallazgos de la TC.

Los principales diagnósticos diferenciales del mesotelioma maligno peritoneal son la carcinomatosis peritoneal, el carcinoma papilar seroso superficial, la linfomatosis y la peritonitis tuberculosa. El diagnóstico de certeza se realiza con la biopsia.

El pronóstico de esta neoplasia es, en general, ominoso incluso con tratamiento por su diagnóstico tardío.

### Conclusiones

El mesotelioma maligno peritoneal es una rara neoplasia relacionada a la exposición a asbesto y que, en ausencia de esta exposición, es de difícil diagnóstico por imagen y de muy mal pronóstico.

## RES0087 VARIANTES ANATÓMICAS VASCULARES HEPÁTICAS Y BILIARES CON IMPLICACIONES QUIRÚRGICAS. EL PAPEL DEL RADIOLOGO

Jesús Parejo Santaella, María Dolores Rabadán Caravaca, Sara Barranco Acost

*Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Radiodiagnóstico*

### Objetivo docente

Describir las variantes anatómicas vasculares hepáticas y biliares más frecuentes, con frecuencia infradiagnosticadas, que suponen riesgo de complicaciones quirúrgicas graves.

### Revisión del tema

Los procedimientos quirúrgicos hepatobiliares abarcan desde procedimientos más complejos, como una hemihepatectomía, hasta otros más rutinarios como la colecistectomía laparoscópica. Algunas variantes anatómicas aumentan el riesgo de daño vascular o en la vía biliar si no son conocidas por el cirujano a través del radiólogo.

Estas consideraciones son muy importantes en la cirugía de trasplante hepático con donante vivo, donde el concepto quirúrgico más importante es el curso del plano de hemihepatectomía. Los vasos con recorrido a través del mismo deben ser identificados para evitar daños.

También es relevante en cualquier resección tumoral hepática, principalmente metastasectomías, donde una evaluación preoperatoria con TC o RM permite detectar anomalías que conllevan potencial riesgo de devascularización o congestión venosa.

Las variantes anatómicas las podemos organizar en las siguientes (las ilustraremos mediante ejemplos representativos):

- Arteriales (clasificación de Michels). Por ejemplo, la arteria dominante del segmento 4 se origina frecuentemente en la AHI, pudiendo proceder de la AHD o de ambas. En el donante de hígado vivo es importante identificarla para preservar el aporte sanguíneo al segmento 4, necesario para la regeneración del hígado restante.
- Venosas suprahepáticas. La congestión venosa provoca daño parenquimatoso.
- Venosas portales. Por ejemplo, una trifurcación de la vena porta requiere más pasos quirúrgicos.
- Biliares. Por ejemplo, un conducto cístico paralelo al conducto hepático común y no reconocido puede desembocar en complicaciones postcolecistectomía.

### Conclusiones

- Las variantes anatómicas vasculares hepáticas y biliares tienen una alta prevalencia y con frecuencia pasan desapercibidas.
- Pueden ser la causa de complicaciones quirúrgicas graves si no son conocidas por el cirujano a través del radiólogo.
- Un estudio completo conlleva evaluar detenidamente variantes arteriales, venosas y biliares.

## RES0088 SÍNDROME DE LEMMEL: ICTERICIA OBSTRUCTIVA SECUNDARIA A DIVERTÍCULO DUODENAL PERIAMPULAR. HALLAZGOS RADIOLÓGICOS

Jesús Parejo Santaella, Carlos Luque Revelles, María del Carmen Pérez García, Elena Moya Sánchez

*Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Radiodiagnóstico*

### Objetivo docente

- Considerar los divertículos duodenales periampulares como causas de ictericia obstructiva en ausencia de coledocolitiasis o periampuloma (síndrome de Lemmel).
- Exponer sus hallazgos en las diferentes modalidades de imagen y su diagnóstico diferencial.

### Revisión del tema

Los divertículos duodenales se detectan en hasta el 27 % de los pacientes en los que se evalúa el tracto digestivo superior. Se localizan con más frecuencia en la 2ª porción del duodeno, próximos a la ampolla de Váter. Son usualmente asintomáticos, pero pueden generar complicaciones hepatobiliares, entre las que se encuentran las colelitiasis o coledocolitiasis, pancreatitis aguda, colangitis o ictericia obstructiva. Las complicaciones no pancreatobiliares como la diverticulitis, hemorragia, perforación o fístula son más infrecuentes.

El síndrome de Lemmel consiste en una ictericia obstructiva secundaria a un divertículo duodenal periampular en ausencia de coledocolitiasis o tumor. Tiene lugar por diferentes mecanismos patogénicos que implican diversas modalidades terapéuticas.

El diagnóstico por imagen es un reto y resulta fundamental para sospechar esta patología. Mediante ecografía, TC o colangio-RM se observa una lesión cavitaria de pared fina que se origina en la 2ª porción duodenal, con o sin gas en su interior. A veces tiene contenido líquido y puede confundirse con un absceso pancreático, neoplasia quística de la cabeza pancreática o un nódulo linfático metastásico.

### Conclusiones

El síndrome de Lemmel es una causa rara de ictericia obstructiva en ausencia de coledocolitiasis o periampuloma.

Es fundamental un reto su diagnóstico por imagen, teniendo que considerar los posibles diagnósticos diferenciales.

Su tratamiento quirúrgico o médico dependerá de su etiología patogénica.

**RES0089 COMPLICACIONES ASOCIADAS AL MUCOCELE APENDICULAR COMO FORMAS DE PRESENTACIÓN**

Jesús Parejo Santaella, Antonio José García Salguero,  
María Dolores Rabadán Caravaca

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Radiodiagnóstico

**Objetivo docente**

- Describir las características ecográficas, en TC y RM de los mucocelos apendiculares y su diagnóstico diferencial.
- Revisar y reconocer las potenciales complicaciones de los mismos como forma de presentación.

**Revisión del tema**

Un mucocelo apendicular se describe como un apéndice anormalmente distendido por mucina. Están recubiertos por células epiteliales secretoras de mucina, con histología benigna o maligna. Es una entidad rara (0.2-0.3 % de todas las apendicectomías).

En la radiografía simple se pueden identificar una masa en FID con o sin calcificaciones periféricas. En ecografía se muestran como masas quísticas con capas internas concéntricas ecogénicas ("en piel de cebolla"). En TC se visualiza como un apéndice dilatado con material homogéneo interno de baja atenuación. En RM muestra características de líquido simple, aunque la intensidad varía según el contenido en mucina.

Presentan un amplio diagnóstico diferencial.

La presentación clínica más común es como masa palpable en FID, con o sin dolor. Otros pacientes son asintomáticos y se descubren incidentalmente.

Algunas complicaciones de los mucocelos, aunque no son frecuentes, pueden hacer que su presentación sea diferente y menos reconocible.

- Pseudomixoma peritoneal. Secundario a rotura, en el que células epiteliales y mucina se extienden por la cavidad peritoneal y serosa de órganos abdominopélvicos.
- Apendicitis sobre mucocelo.
- Abscesos y fístulas por inflamación crónica. Se han descrito casos de fistula enterocutánea y fascitis necrotizante asociada.
- Torsión del intestino medio sobre mucocelo.
- Intususpección del mucocelo. Identificándose como una masa que protruye sobre la luz del ciego.
- Uropatía obstructiva por compresión extrínseca. - Obstrucción intestinal.

**Conclusiones**

- Los mucocelos apendiculares pueden ser confundidos con otras lesiones quísticas abdominopélvicas, para su diagnóstico es importante esclarecer su organodependencia.
- Las complicaciones de los mismos son infrecuentes aunque numerosas, por lo que un conocimiento de las mismas permitirá reconocerlos en estas formas de presentación.

**RES0093 TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATORIO PERIAÓRTICO**

Mohamed Brahim Salek, Laura Casadiego Matarranz,  
Ana Belén Gil Guerra, Pablo Santos Velasco,  
Marosa López Pedreira, Isabel Montserrat Otero Mongil

Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Radiodiagnóstico

**Objetivo docente**

Conocer las principales hallazgos clínicos, radiológicos e histológicos del seudotumor inflamatorio periaórtico. Presentar algunos casos clínicos valorados en nuestro servicio.

**Revisión del tema**

El seudotumor inflamatorio se observó por primera vez en el pulmón, Brunn lo describió en 1939 y, fue llamado así por Umiker en 1954 por su propensión a imitar tanto clínica como radiológicamente a un proceso maligno. Esta tumoración afecta comúnmente al pulmón, pero se ha reportado en casi todas las partes del cuerpo. El abdomen ocupa el segundo lugar de presentación.

La edad de presentación es variable, con predominio en adultos jóvenes. Generalmente es una neoplasia única siendo múltiple solamente en el 5%.

Su etiología es desconocida, se cree que puede haber factores predisponentes: cirugías, traumatismos, reacciones inmunológicas, esteroides y radioterapia e infecciones.

Cuando está localizado en el abdomen, los síntomas más frecuentes son dolor y manifestaciones sistémicas: fiebre, pérdida de peso y anorexia, además de disfagia, constipación y rectorragia. El 15 al 40% es asintomático.

En analítica se puede observar anemia hipocrómica microcítica, reticulocitosis, trombocitosis, leucocitosis e hiperglobulinemia.

Radiológicamente se puede observar como tumor sólido, homogéneo, sin calcificaciones, aunque estas últimas se pueden presentar del 10 al 25% de los casos. Sin embargo, la apariencia del tumor puede ser muy variable.

Histológicamente se describen 3 patrones:

1. Cambios mixoides, vasculares y áreas inflamatorias.
2. Células fusiformes compactas.
3. Predominio de matriz de colágeno denso.

En cuanto al manejo, si la resección completa es posible, ésta es el tratamiento de elección, ya que la resección completa es curativa y, una vez reseca el tumor, desaparece la sintomatología y demás alteraciones, incluso en las recurrencias.

**Conclusiones**

El tumor miofibroblástico inflamatorio es una enfermedad poco frecuente, en general benigna, aunque con posible evolución a malignidad. Las características clínicas dependen de la localización anatómica. La cirugía suele ser curativa; El diagnóstico es radiológico e histopatológico.

## RES0094 TUMOR DE KRUKENBERG, LO QUE EL RADIÓLOGO DEBE SABER

Isabel Montserrat Otro Mongil, Sofía Joral del Hoyo, Sonia Osorio Aira, Carlos Castañeda Cruz, Javier Rodríguez Jiménez, Ana Belén Gil Guerra

Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Radiodiagnóstico

### Objetivo docente

Definir qué es el tumor de Krukenberg, qué métodos de imagen son útiles y como se visualiza en cada uno de ellos.

### Revisión del tema

Los tumores de Krukenberg son tumores metastásicos en el ovario, que contienen células en anillo de sello secretoras de mucina y que suelen tener su origen en el tracto gastrointestinal (estómago y colon son los más frecuentes). Estas lesiones ováricas suelen ser bilaterales y diagnosticarse simultáneamente con la neoplasia primaria en mujeres de edad media.

Los tumores metastásicos del ovario representan 5-10% de los tumores ováricos y el tumor de Krukenberg representa el 1-2% del total de neoplasias ováricas.

Existen dos criterios elaborados por la Organización Mundial para la Salud para el diagnóstico de tumor de Krukenberg: Metástasis ovárica caracterizada por la presencia de células malignas de estirpe epitelial mucosecretoras en «anillo de sello» y existencia de proliferación pseudo-sarcomatosa del estroma ovárico.

La clínica es muy variable. Para el diagnóstico debemos tener en cuenta la historia clínica de la paciente, la exploración física y distintas pruebas de imagen: radiografía simple, ecografía, TAC y RMN. Los hallazgos de imagen son inespecíficos, ya que pueden tener elementos predominantemente sólidos

o una mezcla de áreas quísticas y sólidas. Pueden alcanzar un gran tamaño, aunque su morfología suele ser ovoidea y de superficie lisa.

La diferenciación entre tumor primario y metástasis es de gran importancia con respecto al tratamiento y al pronóstico.

### Conclusiones

El tumor de Krukenberg es una lesión metastásica en ovarios poco frecuente, que debemos tener en cuenta los radiólogos para poner especial atención a la patología del tracto gastrointestinal y plantear su diagnóstico diferencial con el tumor primario para confirmarlo mediante estudios histológicos. Los hallazgos más frecuentes son masas ováricas bilaterales, de gran tamaño, bien definidas y predominantemente sólidas.

## RES0095 OBSTRUCCIÓN DE INTESTINO DELGADO EN EL ADULTO POR BEZÓAR. TODO LO QUE EL RADIÓLOGO PUEDE APORTAR

Miguel Ángel Corral de la Calle<sup>1</sup>, Javier Encinas de la Iglesia<sup>2</sup>, Piedad Arias Rodríguez<sup>3</sup>, Daniel Santiago Águeda del Bas<sup>1</sup>, Nuria Delgado Ronda<sup>1</sup>, Stela Fidalgo Hernández<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Complejo Asistencial de Ávila. Radiodiagnóstico

<sup>2</sup> Complejo Asistencial de Zamora. Radiodiagnóstico

<sup>3</sup> Complejo Asistencial de Salamanca. Radiodiagnóstico

### Objetivo docente

Revisar las causas, epidemiología, fisiopatología, manifestaciones clínicas y radiológicas de la obstrucción de intestino delgado en el adulto (OIDA).

Definir los objetivos y los aspectos técnicos de las exploraciones radiológicas en su diagnóstico.

Describir las peculiaridades clínicas y los hallazgos radiológicos concretos cuando la causa es la impactación endoluminal de un bezóar.

### Revisión del tema

Las causas de OIDA en orden descendente son bridas, hernias de pared abdominal, enfermedad de Crohn, neoplasias, íleo biliar, bezóar, hernia interna y otras.

La radiografía de abdomen tiene baja sensibilidad y alta variabilidad en la interpretación. La ecografía en manos experimentadas y la RM pueden ser útiles, especialmente si no se sospechaba, en gestantes y niños. La TC es la técnica más indicada. Revisaremos el protocolo técnico y de interpretación óptimo.

El radiólogo puede aportar el diagnóstico de OIDA, el grado de obstrucción, el nivel en el intestino y topográfico, la causa y, en su caso, las complicaciones (obstrucción en asa cerrada, isquemia y perforación).

El bezóar es una masa compacta de material vegetal (fitobezóar) o pelos ingeridos (tricobezóar). El lactobezóar y el farmacobezóar son mucho más raros.

Son factores predisponentes de fitobezóar un antecedente de cirugía gástrica, anomalías dentarias y otros. El tricobezóar suele afectar a mujeres jóvenes con patología psiquiátrica.

El lugar más frecuente de impactación es el íleon distal, seguido del yeyuno. Puede coexistir bezóar gástrico.

La TC es la técnica más fidedigna, aunque la ecografía también puede permitir diagnosticarlo.

Revisaremos los hallazgos radiológicos de OIDA por bezóar, con especial atención a la diferenciación de los detritos alimentarios que pueden preceder al punto de obstrucción en otras causas.

El manejo terapéutico depende en buena medida de los hallazgos radiológicos.

### Conclusiones

El radiólogo tiene un papel fundamental en el diagnóstico y decisión del manejo más adecuado para el paciente con OIDA por bezóar.

## RES0097 COLITIS: APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA URGENTE POR TC

Héctor Chicote Huete, Sergio Torondel Calaforra, María de la Cruz Monferrer, Silvia Busó Gil, Nerses Nersesyan, Antoni Boscà Ramon

Hospital Clínico Universitario de Valencia. Radiodiagnóstico

### Objetivo docente

Identificar los hallazgos característicos de cada tipo diferente de colitis para realizar una aproximación diagnóstica basado en imágenes de TC.

### Revisión del tema

#### Inflamatoria

1. Colitis ulcerosa: afectación continua de la mucosa y submucosa, empezando por el recto y extendiéndose retrógradamente a lo largo de todo el colon. Su complicación más grave es el megacolon tóxico.
2. Enfermedad de Crohn: afectación transmural parcheada del colon. Asocia afectación de cualquier parte del tubo digestivo, desde la boca hasta el recto, siendo más frecuente la afectación de íleon. Sus complicaciones más frecuentes son la formación de colecciones y fístulas.
3. Colitis actínica: se relaciona directamente con la dosis de radioterapia administrada. La afectación más frecuente es la de recto y sigma. Además de los efectos agudo puede causar una afectación crónica.

**Infecciosa:** Puede afectar a cualquier segmento de colon, dependiendo del patógeno causante de la infección:

1. Colitis pseudomembranosa: pancolitis infecciosa causada por *C. Difficile*. Está asociado al uso de antibióticos en días o semanas previos. Como hallazgo por TC típico podremos encontrar el denominado "Signo del acordeón".

**Isquémica:** más frecuente en personas de edad avanzada, asociado a comorbilidades, como la fibrilación auricular, o el uso de algunos fármacos.

1. Colitis isquémica arterial: se produce por la oclusión aguda de una arteria, pudiendo afectar a cualquier segmento de intestino delgado o colon, pero delimitado por las diferentes áreas de irrigación arterial.
2. Colitis isquémica venosa: se produce por estasis venoso.
3. Colitis isquémica por bajo gasto: es típica la afectación del ángulo esplénico del colon. Se asocia más frecuente a pacientes de edad avanzada con otras comorbilidades y extensa afectación por aterosclerosis de la aorta abdominal y sus ramas.

### Conclusiones

Aunque el diagnóstico definitivo de los diferentes tipos de colitis no sea radiológico, las distintas características de cada tipo nos permiten hacer una aproximación diagnóstica y así agilizar su manejo.

## RES0098 OBSTRUCCIÓN DE INTESTINO DELGADO EN EL ADULTO POR HERNIA INTERNA. DESCRIPCIÓN DESDE UN PUNTO DE VISTA RADIOLÓGICO Y TIPO

Miguel Angel Corral de la Calle<sup>1</sup>, Javier Encinas de la Iglesia<sup>2</sup>, Piedad Arias Rodríguez<sup>3</sup>, Aurymar Fraino<sup>1</sup>, Percy Alexander Chaparro García<sup>1</sup>, David Vicente Mérida<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Complejo Asistencial de Ávila. Radiodiagnóstico

<sup>2</sup> Complejo Asistencial de Zamora. Radiodiagnóstico

<sup>3</sup> Complejo Asistencial de Salamanca. Radiodiagnóstico

### Objetivo docente

Revisar las causas, epidemiología, fisiopatología, manifestaciones clínicas y radiológicas de la obstrucción de intestino delgado en el adulto (OIDA).

Definir los objetivos y los aspectos técnicos de las exploraciones radiológicas en su diagnóstico.

Describir las peculiaridades clínicas y los hallazgos radiológicos concretos cuando la causa es una hernia interna (HI).

### Revisión del tema

Las causas de OIDA en orden descendente son bridas, hernias de pared abdominal, enfermedad de Crohn, neoplasias, íleo biliar, bezoar, HI y otras.

La radiografía de abdomen tiene baja sensibilidad y alta variabilidad en la interpretación. La ecografía en manos experimentadas y la RM pueden ser útiles, especialmente si no se sospechaba, en gestantes y niños. La TC es la técnica más indicada. Revisaremos el protocolo técnico y de interpretación óptimo.

El radiólogo puede aportar el diagnóstico de OIDA, el grado de obstrucción, el nivel en el intestino y topográfico, la causa y, en su caso, las complicaciones (obstrucción en asa cerrada, isquemia y perforación).

La HI es causa de OIDA infrecuente (1-4%), pero con alta mortalidad.

En descripciones clásicas son más frecuentes las congénitas, en orden decreciente: paraduodenal izquierda y derecha, del hiato de Winslow, pericecal, transmesentérica y perisigmoidea.

En series recientes son cada vez más frecuentes las HI relacionadas con antecedentes quirúrgicos, sobre todo de obesidad mórbida, que incluyen las transmesocólicas, transmesentéricas adquiridas, retroanastomóticas y de Petersen.

La clave diagnóstica es el reconocimiento de asas agrupadas y distendidas, con referencias anatómicas peculiares en cada tipo, con dos puntos de transición próximos entre sí. Es un reto diferenciarlas, sobre todo las transmesentéricas, de vólvulos de intestino delgado sobre brida.

Discutiremos con ejemplos ilustrativos estos tipos de HI y otros más raros (a través de epiplón mayor y menor, ligamento falciforme...).

### Conclusiones

El radiólogo debe conocer las peculiaridades anatómicas y semiológicas de los distintos tipos de HI para un diagnóstico correcto.

**RES0099 PANCREATITIS AGUDA. DE BALTHAZAR A ATLANTA 2012**

María Dolors Figueras Hernández<sup>1</sup>,  
María Dolors del Hoyo Pastor<sup>1</sup>, Gemma García Contente<sup>1</sup>,  
Miquel Gómez Artacho<sup>2</sup>, Jaume Gelonch<sup>2</sup>, Luís Escudero<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital de Palamós. Radiología

<sup>2</sup> Hospital de Palamós. Cirugía

**Objetivo docente**

Aportamos nuestra experiencia en la elaboración de Documento de Consenso para el diagnóstico y tratamiento de la PA según la Clasificación Atlanta 2012 revisada.

**Revisión del tema**

En relación el diagnóstico de la Pancreatitis Aguda en nuestro hospital hemos constatado:

- Cirujanos y radiólogos no hablamos el mismo "idioma".
- No consta información clínica ni analítica relevante en las peticiones de urgencias y no se informa del grado de severidad sospechada.
- No existen criterios de remisión de los pacientes para pruebas diagnósticas (eco y TC en servicio de Urgencias, pruebas diferidas...).
- Los radiólogos informamos según criterios distintos (Balthazar, Índice de severidad, informe meramente descriptivo...).

Se plantea la necesidad de elaborar un documento de consenso que aporte las directrices para la evaluación clínica, diagnóstica, pronóstica y de tratamiento en caso de sospecha de PA y que defina los criterios de remisión para pruebas diagnóstica.

Se evalúa la evidencia científica de utilizar los criterios consensuados en la revisión de Atlanta 2012.

Hemos seguido las recomendaciones en desarrollo de las Guías Clínicas: justificación, i Objetivos, búsqueda bibliográfica, selección y evaluación de la evidencia, formulación de recomendaciones, elaboración de documentos adjuntos, exposición pública i publicación en intranet Hospital.

Desde el Servicio de Radiología hemos elaborado los siguientes documentos que aportamos:

- Protocolo técnico, optimizándolo para obtener la máxima información con la menor irradiación.
- Tabla resumen criterios Atlanta 2012 de la clasificación de la PA.
- Guía infográfica (con esquemas dibujados y de imagen TC) de los nuevos criterios en PA Atlanta 2012.
- Informe radiológico consensuado que facilite la conclusión diagnóstica i recomendaciones.

**Conclusiones**

El trabajo conjunto y consensuado mejora el flujo de trabajo y los documentos adjuntos facilitan la labor de los servicios hospitalarios implicados en el diagnóstico y tratamiento de la PA, así como la atención al paciente.

**RES0100 NEUMATOSIS INTESTINAL; DESDE LO BENIGNO A LO POTENCIALMENTE MORTAL**

Mario Berlioz Ortiz, Francisco Damián Salamanca,  
Marta María Valle Franco, Lara Martínez González,  
Irene María López García, Francisco José Somalo Alfaro

Complejo Asistencial Universitario de León. Radiodiagnóstico

**Objetivo docente**

La neumatosis intestinal (NI) consiste en la presencia de gas en la pared intestinal, más específicamente, en el espesor de las capas submucosa y subserosa. La NI es un hallazgo infrecuente, sin embargo, su incidencia va en aumento gracias al uso más frecuente de las pruebas de imagen. El objetivo de este trabajo es revisar las causas más frecuentes de NI y sus características radiológicas, así como describir ejemplos con casos clínicos.

**Revisión del tema**

Existen múltiples teorías sobre los mecanismos fisiopatológicos que desencadenan la neumatosis intestinal, como: el gas de origen intraluminal, el gas de origen bacteriano y el gas de origen pulmonar, incluso una combinación de varios mecanismos. La NI puede ser secundaria a diversas causas; desde lo benigno como la ingesta de algunos medicamentos a lo potencialmente mortal como la isquemia intestinal. Existen algunos parámetros clínicos y de laboratorio que orientan hacia la gravedad del cuadro desencadenante. La apariencia, extensión, distribución y alteraciones radiológicas asociadas de la NI son variables. La tomografía computarizada (TC) es el estudio de imagen más sensible para la identificación de la NI y de sus condiciones asociadas. En el TC la NI se observa como un área de baja densidad lineal o circunferencial en la pared de un asa intestinal.

**Conclusiones**

Es importante recordar que la NI es un hallazgo radiológico y no un diagnóstico. Es fundamental la correlación de la historia clínica, las pruebas de laboratorio, la exploración física y los antecedentes con los hallazgos en las pruebas radiológicas. Las múltiples etiologías que pueden producir la NI la convierten una entidad con la que puede encontrarse el radiólogo en la práctica diaria y es esencial su identificación para proporcionar la información más exacta al clínico.

**RES0101 OBSTRUCCIÓN DE INTESTINO DELGADO EN EL ADULTO. CUANDO NO SON BRIDAS, HERNIAS, TUMORES, BEZÓARES NI PIEDRAS**

Miguel Ángel Corral de la Calle<sup>1</sup>, Javier Encinas de la Iglesia<sup>2</sup>,  
Piedad Arias Rodríguez<sup>3</sup>, Magdalena de Miguel Gil<sup>1</sup>,  
Beatriz Sánchez Sánchez<sup>1</sup>, Teresa Domínguez Cejas<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Complejo Asistencial de Ávila. Radiodiagnóstico

<sup>2</sup> Complejo Asistencial de Zamora. Radiodiagnóstico

<sup>3</sup> Complejo Asistencial de Salamanca. Radiodiagnóstico

**Objetivo docente**

Revisar las causas, epidemiología, fisiopatología, manifestaciones



clínicas y radiológicas de la obstrucción de intestino delgado en el adulto (OIDA).

Definir los objetivos y los aspectos técnicos de las exploraciones radiológicas en su diagnóstico.

Describir las peculiaridades clínicas y los hallazgos radiológicos concretos cuando las causas no son las habituales.

### Revisión del tema

Las causas de OIDA en orden descendente son bridas, hernias de pared abdominal, enfermedad de Crohn, neoplasias, íleo biliar, bezóar, hernia interna y otras más infrecuentes, en cuya descripción nos centraremos.

La radiografía de abdomen tiene baja sensibilidad y alta variabilidad en la interpretación. La ecografía en manos experimentadas y la RM pueden ser útiles, especialmente si no se sospechaba, en gestantes y niños. La TC es la técnica más indicada. Revisaremos el protocolo técnico y de interpretación óptimo.

El radiólogo puede aportar el diagnóstico de OIDA, el grado de obstrucción, el nivel en el intestino y topográfico, la causa y, en su caso, las complicaciones (obstrucción en asa cerrada, isquemia y perforación).

Revisaremos, basándonos en ejemplos de una casuística de 15 años, los datos clínicos y radiológicos más relevantes de OIDA por:

- Enteritis actínica.
- Endometriosis peritoneal y pélvica profunda.
- Fibromatosis mesentérica.
- Atrapamiento por mallas quirúrgicas.
- Invaginación sobre lesiones intestinales benignas (divertículo de Meckel, adenoma, lipoma...).
- Colección por pancreatitis aguda.
- Absceso peridiverticular.
- Parasitosis intestinales (*Ascaris lumbricoides* y *Anisakiasis*).
- Fibrosis quística en adolescente (síndrome de obstrucción del intestino distal).
- Impactación de endoprótesis rectal extruida.

La suma de todas ellas representa menos del 5% del total de OIDA.

### Conclusiones

Ante un cuadro de OIDA el radiólogo debe estar alerta ante la posibilidad de que la causa sea una de las no habituales. El contexto clínico y la valoración cuidadosa de los hallazgos radiológicos pueden dar la clave de un diagnóstico correcto.

## RES0102 LO QUE EL RADIÓLOGO DEBERÍA CONOCER SOBRE LA PATOLOGÍA GENITAL URGENTE

*María Dolores Rabadán Caravaca, Jesús Parejo Santaella, Carlos Luque Revelles, Álvaro Moyano Portillo*

*Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Radiodiagnóstico*

### Objetivo docente

- Describir los hallazgos radiológicos, fundamentalmente ecográficos, de la patología genital más frecuente en la urgencia.
- Exponer el papel de las distintas modalidades de imagen en patología genital urgente.
- Conocer el diagnóstico diferencial del escroto agudo y del dolor pélvico agudo.

### Revisión del tema

La ecografía juega un papel fundamental en el diagnóstico de la patología genital, especialmente en urgencias y sobre todo en pacientes jóvenes. En ese sentido, hemos de destacar la importancia de realizar tanto estudio en Modo B como Doppler Color.

En lo que respecta a otras modalidades de imagen, la TC y la RM se utilizarán por lo general a posteriori para estudio etiológico o planificación quirúrgica o bien en caso de duda diagnóstica o complicaciones asociadas.

Las manifestaciones clínicas de los cuadros genitales agudos suelen ser inespecíficas, presentándose en forma de escroto agudo en el varón o dolor pélvico agudo en la mujer. Sobre todo, en esta última será importante hacer un diagnóstico diferencial con la patología abdominal aguda, fundamentalmente cuadros como la apendicitis.

Por todo lo anterior, el radiólogo necesita conocer las características diferenciales en imagen entre las distintas entidades, pues de ello va a depender en gran medida la actitud terapéutica posterior, que podrá ser desde observación y control evolutivo hasta procedimientos quirúrgicos de urgencia.

### Conclusiones

- El radiólogo juega un papel inicial clave en la valoración de la patología genital urgente, dada la inespecificidad de las manifestaciones clínicas asociadas.
- La ecografía es la técnica de elección en la valoración del escroto agudo y el dolor pélvico agudo, reservándose la TC y la RM para estudios posteriores en caso de ser requeridos.

## RES0105 ¿QUÉ DEBE SABER EL RADIÓLOGO SOBRE LOS TUMORES TESTICULARES? DIAGNÓSTICO, ESTADIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO

María Dolores Rabadán Caravaca<sup>1</sup>, Álvaro Moyano Portillo<sup>1</sup>, Eduardo Ochando Pulido<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Radiodiagnóstico

<sup>2</sup> Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Radiodiagnóstico

### Objetivo docente

- Describir las características ecográficas de los tumores testiculares en el momento del diagnóstico.
- Detallar el proceso radiológico a seguir para su correcta estadificación.
- Exponer una propuesta de seguimiento radiológico útil para los pacientes afectos.

### Revisión del tema

La ecografía constituye un elemento fundamental para el diagnóstico de las neoplasias testiculares. Debemos de conocer el diagnóstico diferencial que se plantea cuando abordamos estas lesiones que muchas veces, por el contexto clínico en el que se presentan, no son fáciles de caracterizar inicialmente.

La TC y la RM permiten determinar el estadio de la enfermedad, presentando ambas una sensibilidad y especificidad similares, sin embargo, la RM tiene la ventaja de no exponer al enfermo a radiaciones ionizantes lo que puede ser importante ya que muchos de estos cánceres se desarrollan en pacientes jóvenes.

El seguimiento de estos pacientes se ha realizado tradicionalmente mediante TC aunque se plantea alternar la ecografía con la TC para disminuir la dosis de radiación recibida, manteniendo unos parámetros de validez y seguridad aceptables.

### Conclusiones

- El radiólogo puede, generalmente, dar una aproximación inicial bastante acertada del tipo de tumor testicular y su extensión de acuerdo a los hallazgos en las distintas pruebas de imagen.
- El seguimiento radiológico del tumor testicular es importante debido a que permite controlar la estabilidad o progresión de la enfermedad; sería conveniente incorporar modalidades de imagen no basadas en radiaciones ionizantes, como la ecografía, con el fin de disminuir la dosis de radiación acumulada.

## RES0106 PANCREATITIS CRÓNICA: HALLAZGOS RADIOLÓGICOS CLÁSICOS Y MODALIDADES DIAGNÓSTICAS

María Dolores Rabadán Caravaca, María del Carmen Pérez García, Sara Barranco Acosta

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Radiodiagnóstico

### Objetivo docente

- Conocer los principales hallazgos radiológicos de la pancreatitis crónica.
- Exponer el papel de las distintas modalidades de imagen en

el diagnóstico de la pancreatitis crónica.

- Resaltar la importancia del diagnóstico diferencial con otras patologías que pueden simular formas focales de pancreatitis crónica, especialmente el carcinoma pancreático, del que a su vez es factor de riesgo.

### Revisión del tema

La pancreatitis crónica se define como una inflamación progresiva y recurrente del páncreas que lleva al desarrollo de cambios morfológicos y funcionales irreversibles como consecuencia de la destrucción y fibrosis de sus acinos y ductos. El resultado es una pérdida de sus funciones tanto endocrinas como exocrinas.

Por lo general no hay una modalidad radiológica de elección que nos muestre todos los hallazgos de la pancreatitis crónica, sino que el diagnóstico se basará en los signos aportados por cada una.

La ecografía y la TC muestran los hallazgos clásicos, que aparecen tardíamente, como son atrofia parenquimatosa, dilatación ductal y calcificaciones, por lo que van a ser menos sensibles para el diagnóstico precoz. Sin embargo, juegan un papel fundamental en la detección y seguimiento de complicaciones asociadas.

Por su parte la ecoendoscopia y la RM tienen mayor sensibilidad y especificidad para detectar cambios iniciales, por lo que son más útiles en el diagnóstico precoz.

La CPRE era la prueba Gold standart clásica. Sin embargo, en la actualidad está siendo sustituida por la ColangioRM en muchos casos. Al ser una técnica invasiva se reservará para aquellos pacientes en los que se plantee una actitud terapéutica endoscópica.

### Conclusiones

- No existe una prueba de elección en el diagnóstico de la pancreatitis crónica. Cada una tiene sus ventajas y limitaciones, y ninguna suele dar toda la información aisladamente.
- En el diagnóstico de esta entidad destacan las formas focales, en las que debemos descartar patologías que pueden simular una pancreatitis crónica, como el carcinoma pancreático.

## RES0107 LESIONES QUÍSTICAS EN TC DE ABDOMEN

Irene María López García

Complejo Asistencial Universitario de León. Radiodiagnóstico

### Objetivo docente

Descripción y diagnóstico diferencial de lesiones quísticas no tumorales diagnosticadas en TC abdominal.

### Revisión del tema

Definimos lesión quística por TC como estructura hipodensa, con cifras +5 a +10 UH y se representan en color gris oscuro.

Conceptos: quiste (cavidad cerrada con contenido líquido y revestimiento epitelial) y pseudoquiste (cavidad cerrada sin

revestimiento epitelial).

Diagnóstico diferencial de lesiones quísticas abdominales no tumorales

**Quiestes vísceras abdominales:**

1. Quieste hepático simple:
  - Estructura bien circunscrita
  - Homogénea
  - Pared FINA
  - Atenuación baja (<20)
  - No realce CIV
2. Quieste renal simple: Corticales o parapiélicos, únicos o múltiples  
Quiestes complicados según clasificación de Bosniack (pared gruesa, tabiques, calcificaciones, polo sólido, densidad >20)
3. Quieste esplénico:  
Quieste epitelial congénito (Lesiones esféricas, bien circunscritas, sin realce central ni periférico CIV, trabeculación y tabiques periféricos).  
Quieste postraumático (Uniloculares, densidad algo mayor que el agua, calcificaciones periféricas).
4. Quieste pancreático:  
Quieste verdadero (de retención o parasitarios).  
Quieste postinflamatorio (pseudoquiste):
  - » Lesiones bien delimitadas
  - » Paredes finas(realce CIV)
  - » Baja atenuación homogénea
  - » Adyacentes a tejido pancreático normal
  - » Desplazamiento de estructuras

**2. Colecciones intrabdominales:**

- Forma redondeada
- Colección líquida (baja densidad 10-20 UH)
- Nivel hidroaéreo
- Realce CIV en anillo periférico
- Desplazamiento de estructuras adyacentes
- Aumento densidad y reticulación grasa mesentérica

**3. Intestinal: quistes entéricos de duplicación**

**4. Mesenterio: quistes mesentéricos:**

- Masas abdominales bien definidas
- Densidad líquido (si complicado >densidad)
- Pueden presentar tabicación o septos
- Calcificaciones o sangrados por hemorragia interna

**5. Linfáticos: Linfocele y linfangioma quístico**

**6. Pelvis femenina: Quieste anexial**

- Estructuras redondeadas
- Homogéneas
- Paredes finas
- Densidad líquido
- Sin captación CIV

**7. Parásitos: quiste hidatídico hepático**

- Frecuente
- Unilocular o multilocular
- Paredes delgadas o engrosadas
- Quiestes hijos: tabicados periferia (<UH)
- Calcificaciones

**Conclusiones**

El TC permite el diagnóstico diferencial de las lesiones quísticas abdominales no tumorales. Como datos clave debe definirse la localización intraabdominal exacta, la morfología del quiste, el grosor de la pared, hipodensidad (5-10 UH) y ver realce o ausencia del mismo tras la administración de CIV.

**RES0110 HALLAZGOS NORMALES Y PATOLÓGICOS EN LA TC POSTGASTRECTOMÍA NO BARIÁTRICA**

*Marta Pérez Bea, Mikel Grau García, Ane Ibáñez Zubiarrain, María Isusi Fontán, María Vitoria Bárcena Robredo*

*Hospital Universitario de Basurto. Radiodiagnóstico*

**Objetivo docente**

Reconocimiento de los cambios anatómicos normales y de las complicaciones más frecuentes tras la gastrectomía no bariátrica identificables por tomografía computerizada.

**Revisión del tema**

El carcinoma gástrico es una causa importante de mortalidad por cáncer y la resección completa tumoral y la linfadenectomía es el único tratamiento potencialmente curativo.

La tomografía computerizada es una técnica fundamental en la evaluación de las complicaciones postquirúrgicas y en la determinación de la recurrencia tumoral y la respuesta a la quimioterapia.

La técnica quirúrgica depende de la localización tumoral y la extensión:

- Los tumores cardiales y proximales suelen requerir gastrectomía total.
- Los tumores de cuerpo distal y antro pueden tratarse con gastrectomía parcial.
- La gastrectomía radical puede completarse con esplenectomía y pancreatectomía parcial.

La mayoría de complicaciones postquirúrgicas ocurren en el postoperatorio inmediato siendo las más habituales:

- Fuga anastomótica.
- Fuga del muñón duodenal.
- Hemorragia intraabdominal.
- Complicaciones de la herida quirúrgica.
- Otras: pancreatitis postquirúrgica, cuerpos extraños postquirúrgicos y peritonitis difusa...

**Conclusiones**

Los procedimientos quirúrgicos modifican la anatomía normal dificultando la interpretación de los estudios. Familiarizarse con los cambios anatómicos postquirúrgicos normales y conocer las posibles complicaciones es esencial para la correcta valoración por CT de los pacientes gastrectomizados.

### RES0111 HALLAZGOS MEDIANTE TC DEL LINFOMA ABDOMINO-PÉLVICO EXTRAGANGLIONAR

María Carrillo García<sup>1</sup>, Eduardo Alias Carrascosa<sup>2</sup>, Plácida Alemán Díaz<sup>2</sup>, Juan Manuel Franco Reverte<sup>1</sup>, María del Carmen Gutiérrez Sánchez<sup>2</sup>, Ángela Cepero Calvete<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Radiología  
<sup>2</sup> Hospital General Universitario Reina Sofía. Radiología

#### Objetivo docente

Ilustrar mediante tomografía computerizada las diferentes apariencias que puede presentar el linfoma extraganglionar en el abdomen.

#### Revisión del tema

El linfoma es una neoplasia relativamente común, que afecta a todas las edades, pero de forma algo más frecuente a pacientes de edad avanzada. Al igual que otras patologías como la tuberculosis, al linfoma se le conoce como el "gran imitador", por lo que deberíamos tenerlo en cuenta ante la presencia de masas en cualquier lugar del cuerpo. La afectación extraganglionar es más frecuente en los linfomas no Hodgkin y más a menudo en los que presentan un grado intermedio-alto. El linfoma relacionado con el SIDA y el trastorno linfoproliferativo post-transplante suelen ser de mayor grado y más propensos a presentar una afectación extraganglionar

La tomografía computerizada (TC) es la principal técnica de imagen utilizada para la evaluación de estos pacientes. Sin embargo, diversos estudios indican que la PET-TC es superior a la TC en la detección de la enfermedad extraganglionar en el abdomen (especialmente en el hígado y en el bazo), a excepción de los de bajo grado como el tipo MALT donde su papel es controvertido.

#### Conclusiones

La afectación extraganglionar por linfoma presenta múltiples apariencias dentro de un mismo órgano. Por lo tanto, debería incluirse en el diagnóstico diferencial de masas y en el de engrosamientos mucosos focales. Además, hay que recordar que aun cuando las características de la imagen son inespecíficas la valoración radiológica presenta un papel importante en la determinación del sitio y en la estrategia para llevar a cabo la biopsia.

### RES0112 VALORACIÓN MEDIANTE RM DEL CÁNCER DE PRÓSTATA

Andrea Fernández Miralbell, Ignacio David Domínguez Paillacho, José Ignacio Cortés García, José Manuel Miras Ríos, Belén Martínez Morillo-Velarde

Hospital Universitario Reina Sofía. Radiodiagnóstico

#### Objetivo docente

Exponer la anatomía prostática, con su correlación en resonancia magnética (RM), así como los principales hallazgos por imagen mediante RM del Ca prostático y el modelo de lectura del PIRADS.

#### Revisión del tema

El cáncer prostático es la neoplasia más frecuente en el sexo masculino y en España la incidencia anual es de hasta 25 mil casos nuevos por año.

Actualmente la RM juega un papel cada vez más importante en el diagnóstico del cáncer clínicamente significativo (CS) con un VPN mayor al 85% en cualquier tumor y mayor al 93 % en tumores significativos. Además, la sensibilidad como el VPN han demostrado ser superiores a la biopsia convencional, aunque el principal inconveniente es la limitación en la detección de tumores de pequeño tamaño (

En nuestro hospital el protocolo utilizado incluye secuencias T1, T1 con supresión grasa y contraste IV, T2, difusión y mapa ADC. Las secuencias en T1 son útiles para determinar áreas de hemorragia pos-biopsia, valoración ganglionar y ósea. Las secuencias en T2 permite una diferenciación anatómica entre la zona periférica y de transición, así como delinear el cáncer prostático clínicamente significativo, sobre todo en la zona de transición. Finalmente, las secuencias de difusión son de elección para la valoración de la zona periférica y existe una correlación entre el valor medio de ADC, el volumen tumoral y el grado de Gleason.

La valoración de las lesiones mediante el PIRADS permite identificar y localizar alteraciones que se corresponden con la presencia de cáncer clínicamente significativo.

#### Conclusiones

La RM tiene un rol cada vez más importante en la evaluación del Ca de próstata clínicamente significativo, por lo cual es importante que el radiólogo esté familiarizado con esta patología y sea capaz de evaluar estas lesiones mediante una escala estandarizada (PIRADS).

### RES0113 ERRORES (PITFALLS) EN RM PÉLVICA GINECOLÓGICA

Ana Carrillo Colmenero<sup>1</sup>, Margarita Jiménez López<sup>1</sup>, Carmen Martínez Huertas<sup>3</sup>, Alberto Hermoso Torres<sup>1</sup>, María Gracia Arrebola Pascual<sup>1</sup>

<sup>1</sup> CH Ciudad de Jaén. Radiodiagnóstico

<sup>2</sup> Complejo Hospitalario de Jaén. Radiodiagnóstico

#### Objetivo docente

- Búsqueda bibliográfica de causas frecuentes de error en patología ginecológica pélvica evaluada por RM.
- Análisis de los hallazgos radiológicos y utilidad de cada secuencia específica.
- Reflexión sobre las causas más frecuentes de error.
- Valoración de iconografía (serie de casos radiológicos recogidos en nuestro Centro).

#### Revisión del tema

Actualmente en el estudio de la patología pélvica la ecografía, seguida de la RM para casos seleccionados, en el estudio locorregional, constituyen las dos técnicas de imagen de elección.

En la interpretación de la RM pélvica ginecológica existen distintas causas de error diagnóstico, que todo radiólogo debe conocer en aras de una buena praxis.

Disponer de una información clínica adecuada es el primer paso para una interpretación correcta, si bien en ocasiones los síntomas son vagos, imprecisos e inespecíficos.

Los hallazgos atípicos radiológicos y localizaciones complejas como forma de presentación patológica son un reto para el radiólogo, que deberá llevar a cabo un correcto análisis de las diferentes secuencias, sus limitaciones, y un adecuado diagnóstico diferencial.

En base a distintos casos clínicos de especial interés docente, registrados en nuestro Centro, realizamos una revisión radiológica y reflexión final sobre la utilidad de la RM.

### Conclusiones

La RM pélvica, constituye tras la ecografía, una herramienta fundamental en el estudio local de la patología ginecológica, capaz de alterar el manejo clínico del paciente

- Es necesario disponer de una adecuada información clínica para realizar una correcta interpretación de los hallazgos radiológicos por RM.
- Una minuciosa descripción de la técnica y de los hallazgos radiológicos junto con un pertinente diagnóstico diferencial ajustado a cada caso clínico, nos permitirá realizar un informe radiológico estructurado de utilidad clínica.

### RES0115 UTILIDAD DEL TC MULTICORTE EN DIAGNÓSTICO Y MANEJO CLÍNICO DE CARCINOMA GÁSTRICO METASTÁSICO

Ana Carrillo Colmenero, Margarita Jiménez López, Alberto Hermoso Torres, María Gracia Arrebola Pascual

CH Ciudad de Jaén. Radiodiagnóstico

#### Objetivo docente

- Revisión bibliográfica de la literatura actual.
- Análisis diferencial y descripción de los hallazgos radiológicos detectados mediante TCMD en cáncer gástrico estadio IV.
- Valoración de la repercusión en el manejo clínico desde el contexto de subcomité multidisciplinar de cáncer esófago-gástrico, con casos clínicos recogidos en nuestro Centro.

#### Revisión del tema

La aparición de la tecnología multicorte, y la incorporación de la técnica de hidrodilatación gástrica, han supuesto una importante mejoría en la precisión diagnóstica global. El valor clínico del TCMD en la clasificación preoperatoria T y N del cáncer gástrico es variable (sensibilidad y especificidad entre 60% a 90%), en aumento con modernos equipos multidetector. El TCMD constituye actualmente la técnica más empleada para el estadiaje preoperatorio y en el seguimiento.

Los actuales equipos multidetector son capaces de mejorar

resolución de imagen y aumentar la precisión diagnóstica global al proporcionar imágenes isotrópicas, junto con el valor añadido que supone la posibilidad de reconstrucciones 2D y 3D.

Es posible identificar hallazgos radiológicos compatibles con presencia de enfermedad metastásica, que influyeron en la toma de decisión final y permitieron cambiar el manejo clínico en casos seleccionados.

Analizamos dichos cambios en base a iconografía de nuestro Hospital.

### Conclusiones

- El TC multicorte, con posibilidad de reconstrucciones multiplanares y 3D, se erige como herramienta fundamental en el diagnóstico y reevaluación de enfermedad metastásica por su valor diagnóstico, rapidez y mayor accesibilidad en nuestro medio hospitalario.
- Los hallazgos radiológicos por TC pudieron modificar la estrategia clínica y quirúrgica de pacientes seleccionados tras valoración en comité multidisciplinar.
- Es necesario continuar la investigación, profundizar en la biología molecular del cáncer gástrico y en un mayor desarrollo e innovación de la tecnología TC, que permitan mejorar el manejo del cáncer gástrico.

### RES0116 COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER GÁSTRICO

Ignacio David Domínguez Paillacho<sup>1</sup>, Antonio Doblaz Delgado<sup>1</sup>, Miguel Esaúl Llanos Olivera<sup>2</sup>, Belén Martínez Morillo-Velarde<sup>1</sup>, José Ignacio Cortés García<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Universitario Reina Sofía. Radiodiagnóstico

<sup>2</sup> Hospital Universitario Reina Sofía. Cirugía General

#### Objetivo docente

Exponer las alternativas terapéuticas en el tratamiento del cáncer gástrico según su estadio y localización, mediante esquemas que resumen la técnica quirúrgica empleada y exponer los principales hallazgos postquirúrgicos que se consideran normales mediante TC. Además, describir las complicaciones postquirúrgicas.

#### Revisión del tema

El carcinoma gástrico es una de las principales causas de muerte en todo el mundo, en España la incidencia en 2017 fue 8284 casos nuevos, con una prevalencia a los 5 años de 12599 pacientes. La resección completa del tumor y de los ganglios adyacentes es la única alternativa curativa que actualmente existe.

Las opciones quirúrgicas incluyen gastroduodenostomía (Billroth tipo I), gastroyeyunostomía (Billroth tipo II) con Y de Roux o gastroyeyunostomía tipo bucle y gastrectomía total con esofagoyeyunostomía. La técnica que con más frecuencia se usa para evaluar los cambios posoperatorios es la tomografía computarizada (TC), la cual nos permite identificar los cambios anatómicos postquirúrgicos, así como las principales complicaciones asociadas al tratamiento, las cuales incluyen

fuga anastomótica, fuga del muñón duodenal, sangrado intraabdominal, complicaciones en la pared abdominal y algunas menos frecuentes como pancreatitis, peritonitis difusa y muy raramente la retención de cuerpos extraños asociados a la cirugía.

### Conclusiones

Las diferentes técnicas usadas en la cirugía alteran la anatomía normal del paciente y pueden hacer difícil el diagnóstico de complicaciones postratamiento. Por lo cual es importante conocer el tipo de cirugía empleada, los cambios postquirúrgicos que se consideran normales y las posibles complicaciones que se asocian a cada tipo de técnica.

### RES0117 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LESIONES HIPO VASCULARES DE PÁNCREAS MEDIANTE TC Y RM

*Ignacio David Domínguez Paillacho,  
María Cristina Ladehesa Pineda,  
María del Castillo García Martínez*

*Hospital Universitario Reina Sofía. Radiodiagnóstico*

#### Objetivo docente

Realizar una revisión de los principales hallazgos por TC y RM de las lesiones pancreáticas hipovasculares, tanto neoplásicas como no neoplásicas, sus características morfológicas y su respectiva correlación por imagen.

#### Revisión del tema

Las lesiones pancreáticas hipovasculares representan un grupo heterogéneo de entidades que pueden ser ampliamente clasificadas, como neoplásicas o no neoplásicas. Las lesiones neoplásicas incluyen el adenocarcinoma pancreático, tumor quístico mucinoso, cistadenoma seroso, carcinoma ampular, metástasis, linfoma, colangiocarcinoma, tumor sólido pseudopapilar y tumores de los islotes de Langerhans. Las lesiones no neoplásicas incluyen pancreatitis focal aguda y crónica, variantes de la normalidad, pancreatitis autoinmune, pancreatitis del surco y algunas lesiones adyacentes que pueden simular una lesión como divertículos duodenales.

Muchas de estas lesiones constituyen un hallazgo incidental debido a la creciente demanda de estudios por imagen. Un diagnóstico precoz y correcto es esencial por que facilita el manejo clínico y ayuda a determinar el pronóstico del paciente. Unas lesiones van a requerir cirugía, otras, seguimiento y algunas no requieren un manejo adicional. Actualmente se pueden realizar una aproximación diagnóstica en base a las características morfológicas, hemodinámicas y metabólicas de estas lesiones.

### Conclusiones

Las lesiones hipovasculares de páncreas pueden tener un amplio espectro de causas, tanto neoplásicas como no neoplásicas. Un diagnóstico precoz es fundamental ya que influye directamente en el manejo y el pronóstico del paciente, aunque en muchos casos puede ser realmente difícil llegar a un diagnóstico definitivo mediante técnicas de imagen, en cuyo caso la biopsia puede estar indicada.

### RES0119 PATRONES DE ENGROSAMIENTO PARIETAL EN INTESTINO DELGADO Y COLON. APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA

*Ignacio David Domínguez Paillacho, José Manuel Miras Ríos,  
José Ignacio Cortés García*

*Hospital Universitario Reina Sofía. Radiodiagnóstico*

#### Objetivo docente

El objetivo es exponer los principales signos radiológicos que nos permiten realizar el diagnóstico de las patologías asociadas a engrosamiento parietal en intestino delgado y colon. Además, exponer una forma de lectura ordenada y sistemática que simplifique el diagnóstico diferencial.

#### Revisión del tema

El espesor de la pared intestinal varía ampliamente, como norma general se acepta un límite superior de la normalidad de 3 mm. Este engrosamiento puede obedecer a multitud de etiologías, pero podemos realizar una aproximación diagnóstica basándonos en algunos signos clave como la longitud del segmento afecto, el grado de atenuación de la submucosa, el patrón de realce y hallazgos asociados (ingurgitación vascular, trombosis, adenopatías, etc.).

La valoración del grado de atenuación de la submucosa y el patrón de realce son de mucha ayuda. Tras la administración de contraste intravenoso podemos diferenciar dos patrones de realce; homogéneo y heterogéneo. La primera la podemos visualizar generalmente en la hemorragia submucosa aguda, isquemia, enfermedad inflamatoria intestinal y procesos neoplásicos.

En lo que respecta al patrón de realce heterogéneo, podemos diferenciar un patrón de realce estratificado, característico de procesos inflamatorios agudos como la enfermedad de Crohn donde se visualiza hiperrealce mucoso y de la serosa, mientras que la submucosa se muestra hipodensa, dando lugar al signo de la "diana". Finalmente, el patrón no estratificado donde se visualizan áreas de realce con zonas hipocaptantes de distribución irregular, este hallazgo es sospechoso de malignidad.

### Conclusiones

Si bien existen múltiples causas de engrosamiento parietal en las asas de intestino delgado y colon, una lectura ordenada y sistemática que valore en un contexto global todos los hallazgos nos permitirá realizar una correcta aproximación diagnóstica.

### RES0120 VALORACIÓN PRONÓSTICA DE LA POLIQUISTOSIS RENAL AUTOSÓMICA DOMINANTE MEDIANTE RM

*Ignacio David Domínguez Paillacho, Daniel José López Ruíz,  
José Ignacio Cortés García*

*Hospital Universitario Reina Sofía. Radiodiagnóstico*

#### Objetivo docente

Exponer las distintas técnicas de medición por imagen con

resonancia magnética (RM) que permiten estratificar el riesgo de progresión a enfermedad renal terminal en pacientes con poliquistosis renal autosómica dominante (PQRAD) y valorar la respuesta al tratamiento.

### Revisión del tema

Diferentes técnicas de imagen se pueden usar para cuantificar el volumen renal y evaluar el índice de progresión de la enfermedad poliquística renal autosómica dominante hacia enfermedad renal terminal que es la complicación que determina el pronóstico del paciente; igualmente para monitorizar la respuesta al tratamiento por la aparición de nuevos fármacos. Entre todas ellas, la Resonancia Magnética (RM) y la Tomografía Computarizada (TC) han demostrado ser las técnicas más apropiadas, aunque actualmente se prefiere la RM por estar exenta de radiaciones y evitar el uso de contraste yodado. Además, la RM proporciona imágenes en alta resolución, con un contraste de tejidos excelente que permite diferenciar fácilmente quistes complejos de los simples.

Existen diferentes métodos de medición como la estereología, métodos semiautomáticos, delineación manual, fórmula elipsoide, etc. que permiten valorar el volumen renal. La clínica Mayo ha desarrollado un sistema de clasificación que predice el riesgo de deterioro de la función renal y clasifica a los pacientes con PQRAD típica en 5 grupos según el riesgo de deterioro de la función renal: el grupo 1A tienen bajo riesgo, grupo 1B tienen riesgo intermedio y grupos 1C a 1E tienen un alto riesgo.

### Conclusiones

El volumen renal se ha convertido en un importante biomarcador pronóstico en el contexto de la PQRAD ya que aporta información sobre la severidad y progresión de la enfermedad. Independientemente del método de medición empleado, lo importante es que éste sea capaz de determinar pequeños cambios en el volumen renal a lo largo del seguimiento y en la valoración de la respuesta a tratamiento.

### RES0121 IMAGEN PATOLOGÍA PANCREÁTICA POR RESONANCIA MAGNÉTICA

*Núria Faure Bach, Lola Esteba Bech de Careda, Jose Luis Reyes Juárez, Aleiny Berlina Castro García, Anna Roma Dalfó, Sagrario Santos de Vega*

*Hospital de Terrassa. Radiodiagnóstico*

### Objetivo docente

Describir las características de las diferentes lesiones pancreáticas por Resonancia Magnética (RM) y realizar el diagnóstico diferencial.

### Revisión del tema

El páncreas es un órgano retroperitoneal de secreción endocrina y exocrina que presenta una gran variedad de lesiones tanto de origen neoplásico como inflamatorio además de anomalías

congénitas. Conocer el aspecto y características por RM de dichas lesiones es importante para llevar a cabo un buen diagnóstico diferencial, un mejor manejo y tratamiento.

Presentamos una revisión de patología pancreática por RM que incluye variantes normales, patología congénita, enfermedades inflamatorias agudas y crónicas, lesiones neoplásicas primarias sólidas y quísticas y lesiones neoplásicas metastásicas. Se describe las lesiones haciendo énfasis en los hallazgos típicos i distintivos de cada una de ellas que permiten llegar a su diagnóstico.

### Conclusiones

La RM juega un papel importante en la caracterización y diagnóstico diferencial de las diferentes lesiones pancreáticas.

### RES0123 OBJETOS PUNZANTES:¿UNA CAUSA FRECUENTE DE PERFORACIÓN INTESTINAL?

*Guillermo Unzué García-Falces, Paul López Sala, Nerea Alberdi, Francisco Javier Jiménez Mendioroz*

*Complejo Hospitalario de Navarra. Radiología*

### Objetivo docente

Revisar los diferentes tipos de objetos punzantes ingeridos y sus complicaciones más frecuentes, destacando la perforación intestinal.

Analizar las técnicas de imagen más comúnmente utilizadas, así como los datos directos e indirectos de perforación intestinal.

### Revisión del tema

Los objetos punzantes pueden llegar a ser la causa de una complicación intestinal urgente en nuestro medio, destacando la perforación intestinal. La elevada media de edad de la población unida a los constantes problemas dentales favorece la ingesta de este tipo de objetos.

En la población adulta, los objetos punzantes más comúnmente encontrados incluyen los huesos de animales (pollo o conejo principalmente) y las espinas de pescado. La población pediátrica representa otro grupo de riesgo importante. A esta edad el tipo de cuerpos extraños ingeridos varía mucho más que en el adulto. La radiografía de abdomen representa la primera prueba diagnóstica a realizar en el departamento de urgencias. No obstante, una radiografía normal no excluye la presencia de perforación.

La TCMD es hoy en día la prueba diagnóstica de elección. El hallazgo directo principal de la perforación es la disrupción de la pared intestinal. Entre los hallazgos indirectos encontramos: pneumoperitoneo, estriación de la grasa adyacente a la perforación, así como pequeñas lengüetas de líquido libre asociado.

No debemos olvidar las otras posibles complicaciones como son los abscesos, las fístulas o la obstrucción intestinal.

Las reconstrucciones multiplanares y volumétricas resultan fundamentales en la mayoría de los casos para la correcta localización de estos cuerpos extraños.

### Conclusiones

La TCMD es la prueba diagnóstica de elección de la perforación intestinal causada por objetos punzantes en nuestro medio.

A fin de minimizar la morbilidad en estos pacientes, un diagnóstico e intervención tempranos son indispensables, para lo que el papel del radiólogo es fundamental.

### RES0124 HALLAZGOS RADIOLÓGICOS DEL SÍNDROME BIRT-HOGG-DUBÉ

*Greicy Muniz da Silva, Esther García Rodríguez, Ana Oliva Martí, Maribel Cugat Gimeno, Ady Mildred Viveros Castaño, Guiomar Piqué Rey*

*Hospital de Tortosa Verge de la Cinta. Radiodiagnóstico*

#### Objetivo docente

Revisar los hallazgos radiológicos típicos del Síndrome Birt-Hogg-Dubé y plantearse diagnósticos alternativos en función de las características renales y pulmonares.

#### Revisión del tema

El síndrome de Birt-Hogg-Dubé (BHD) es una enfermedad autosómica dominante rara multiorgánica que se manifiesta por fibrofoliculomas, quistes pulmonares con o sin neumotórax y tumores renales. Está causada por mutaciones constitucionales en el gen FLCN. Debido a tratarse de un síndrome raro, es desconocida por muchos radiólogos y otros especialistas. Sin embargo, es importante identificarla correctamente en sus estadios iniciales porque la incidencia del cáncer renal es muy elevada y su detección precoz podría disminuir el riesgo de metástasis.

Se realiza una revisión y descripción de los hallazgos característicos del síndrome BHD y el diagnóstico diferencial que se debe tener en cuenta en función de la topografía.

### Conclusiones

Es importante identificar este raro síndrome en estadios precoces. Debe considerarse el diagnóstico de los pacientes con antecedentes familiares positivos de cáncer de células renales y neumotórax. El estudio del gen FLCN también debe tenerse en cuenta en los pacientes y sus familiares porque la incidencia del cáncer renal en pacientes con BHD es muy alta y la detección en etapas iniciales puede prevenir su metástasis.

### RES0125 SARCOMA DE VCI: UN DIAGNÓSTICO INFRECUENTE EN EL RETROPERITONEO

*Guillermo Unzué García-Falces, Nerea Alberdi, Paul López Sala, Francisco Javier Jiménez Mendiatoroz*

*Complejo Hospitalario de Navarra. Radiología*

#### Objetivo docente

Revisar la anatomía del retroperitoneo.

Describir los hallazgos del sarcoma de vena cava inferior (VCI) en TCMD.

### Revisión del tema

Los tumores malignos de VCI son una patología infrecuente en el retroperitoneo. El sarcoma de VCI es la estirpe tumoral más frecuente.

Se origina a partir de fibras musculares lisas de la capa media. Es más prevalente en mujeres entre 20 y 40 años. El 66 % son extraluminales y el 33% son intraluminales.

La técnica diagnóstica de elección es la TCMD con CIV. La ecografía abdominal no siempre es capaz de discernir la dependencia de la masa tumoral en el retroperitoneo. La RM abdominal se reserva para casos de dudas diagnósticas o en alergia al contraste yodado.

Los hallazgos por TCMD varían dependiendo de la posición intra o extraluminal de la masa. Si el tumor es intraluminal, la VCI presenta un defecto de repleción en la luz con realce heterogéneo asociado. Si el tumor es extraluminal, los hallazgos incluyen la presencia de una masa con origen en la VCI y crecimiento exófito, con desplazamiento de la grasa y de las estructuras retroperitoneales adyacentes.

El diagnóstico diferencial incluye los tumores primarios retroperitoneales (el fibrosarcoma es la estirpe tumoral más frecuente) así como, la presencia de trombo de origen tumoral en VCI, más frecuente en neoplasia renal, hepatocarcinoma o carcinoma adrenal.

El tratamiento de elección es la resección quirúrgica. El diagnóstico temprano es fundamental.

La supervivencia a los 10 años es del 14%. El 50% de los pacientes recurren en las estirpes más agresivas.

### Conclusiones

El sarcoma de VCI es un diagnóstico infrecuente en el retroperitoneo.

Los hallazgos incluyen una masa heterogénea dependiente de la VCI, endo o extraluminal con realce heterogéneo.

### RES0127 PANCREATITIS DEL SURCO: UN RETO EN EL DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO

*Carlos Pérez-Serrano, Juan Ramón Ayuso Colella, Mario Pagés Llinás, Anna Darnell Martín, Sonia Rodríguez Gómez, Nuno Borges*

*Hospital Clínic de Barcelona. Radiodiagnóstico*

#### Objetivo docente

Describir los hallazgos radiológicos que permiten establecer el diagnóstico de pancreatitis del surco pancreático duodenal (PSPD), presentar los hallazgos de procesos alternativos que pueden simular esta entidad y comentar la estrategia clínica, radiológica y terapéutica adecuada en este proceso en base a una serie de 22 pacientes evaluados en nuestro centro que presentaban un diagnóstico radiológico de sospecha o como alternativa posible de PSPD.

#### Revisión del tema

Se revisan 22 pacientes con sospecha de PSPD en la TC y/o RM.



Quince pacientes presentaban dolor abdominal, 5 ictericia y 8 vómitos. Catorce presentaban antecedentes de enolismo crónico, 9 de ellos con clínica de pancreatitis crónica.

Catorce pacientes mostraban una zona de tejido sólido en el surco pancreático-duodenal y 18 engrosamiento de la pared medial del duodeno, 16 de ellos con quistes murales. Cinco pacientes mostraban signos de obstrucción gástrica, 13 dilatación de la vía biliar y 5 calcificaciones pancreáticas.

Catorce pacientes (63%) presentaron un diagnóstico definitivo de PDPD tras la duodenopancreatectomía cefálica (7) o tras la evolución clínica con persistencia de los hallazgos radiológicos (7). Uno de los pacientes intervenidos mostró un adenocarcinoma pancreático (ADCP) concomitante.

Ocho pacientes presentaron diagnósticos alternativos tras la resección: 5 ADCP, 1 pancreatitis crónica y 2 neoplasias papilares mucinosas intraductales (NPMI). La punción aspirativa con aguja fina (PAAF) de las lesiones, efectuada por vía endoscópica en 17/22 pacientes (77%) no fue diagnóstica de PSPD en ningún caso.

### Conclusiones

La PDPD es una entidad con características radiológicas definidas. Sin embargo, en algunas ocasiones otros procesos, principalmente el ADCP pueden mostrar hallazgos radiológicos similares. Aunque en estos pacientes se recomienda un tratamiento conservador, la cirugía puede ser necesaria para solventar su situación clínica o para efectuar un diagnóstico de seguridad. La PAAF es útil para excluir malignidad, aunque no puede efectuar un diagnóstico específico de PSPD.

### RES0128 EVALUACIÓN RADIOLÓGICA POR TC DE LOS CAMBIOS POSTQUIRÚRGICOS EN CIRUGÍA COLORRECTAL Y SUS PRINCIPALES COMPLICACIONES

*Marcos Costilla Frías, Amalia González López, Eduard Casanovas Navarro, Beatriz Consola Maroto, Eva Ballesteros Gómiz, Anna Framis Utset*

*Corporación Sanitaria Parc Taulí. Diagnóstico por la Imagen*

#### Objetivo docente

Conocer la anatomía radiológica resultante tras las técnicas quirúrgicas principales en cirugía colorrectal, así como sus complicaciones más frecuentes y el aspecto radiológico de las mismas.

#### Revisión del tema

La cirugía colorrectal representa una de las más frecuentes en la población general y está indicada principalmente en el tratamiento del cáncer colorrectal, la diverticulitis y en algunos casos de enfermedad inflamatoria intestinal.

El radiólogo general tiene un papel relevante en el control y diagnóstico de las complicaciones postquirúrgicas colorrectales y por ello es esencial que tenga un conocimiento básico acerca de dichas técnicas y de sus complicaciones.

El objetivo de la presente comunicación es correlacionar mediante explicaciones teóricas y esquemas las principales técnicas utilizadas en cirugía colorrectal con su aspecto radiológico por TC: resección segmentaria, colectomías total y subtotal, resección abdominoperineal y anterior, procedimiento de Hartmann, proctocolectomía subtotal con reservorio ileoanal, y las cirugías rectales transanales. Además, se describen y aportan casos de las complicaciones postquirúrgicas más habituales como la dehiscencia de sutura, abscesos, complicaciones de la ostomía o la hernia paraestomal.

### Conclusiones

El conocimiento de las técnicas quirúrgicas colorrectales y de sus complicaciones más habituales permite al radiólogo una mejor comprensión e interpretación de los estudios, facilitando un diagnóstico correcto.

### RES0130 CARACTERÍSTICAS RADIOLÓGICAS MEDIANTE TC Y RMN DE LAS MASAS RENALES Y CORRELACIÓN ANATOMOPATOLÓGICA

*Eduardo Aliás Carrascosa<sup>1</sup>, María del Carmen Gutiérrez Sánchez<sup>2</sup>, María Carrillo García<sup>1</sup>, Plácida Alemán Díaz<sup>1</sup>, Francisco Martínez Díaz<sup>2</sup>, Miriam Artes Artes<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Hospital General Universitario Reina Sofía. Radiodiagnóstico

<sup>2</sup> Hospital General Universitario Reina Sofía. Anatomía Patológica

<sup>3</sup> Hospital General Universitario Reina Sofía. Urología

#### Objetivo docente

Describir las principales características radiológicas mediante TC y RMN de las diferentes patologías que se presentan clínicamente como masa de localización renal, ya sean causas tumorales benignas (angiomiolipoma como lesión benigna más frecuente) o malignas (carcinoma de células claras como lesión más representativa), traumáticas o infecciosas. Del mismo modo se pretende correlacionar los hallazgos radiológicos con los hallazgos histopatológicos encontrados a nivel micro y macroscópico.

#### Revisión del tema

Se realiza una revisión y selección de los casos más representativos que se han dado en nuestro hospital en los últimos 10 años con el fin de caracterizar el mayor número de etiologías y subtipos histológicos posibles.

Con el avance de las técnicas de imagen, tanto el TC como la RMN son las dos técnicas más eficaces para la caracterización y el estudio diagnóstico de las masas renales, sea cual sea su etiología, presentando una sensibilidad y especificidad cercana al 90%. Además el estudio mediante estas técnicas permitirá realizar una estrategia para llevar a cabo el abordaje terapéutico/quirúrgico lo más preciso posible y será de utilidad a la hora de realizar los controles postquirúrgicos para el estudio de las posibles complicaciones y el seguimiento posterior del paciente. Es importante conocer las características histopatológicas de cada entidad causante de la patología con el fin de ayudar a conseguir un diagnóstico más preciso.

**Conclusiones**

Tanto el TC como la RMN son dos pruebas diagnósticas imprescindibles en el diagnóstico inicial de las masas renales, así como en el seguimiento posterior.

Correlacionar con la anatomía patológica nos permite conocer mejor las características más importantes de cada subtipo de lesión y permitir un diagnóstico más preciso.

**RES0131 ECOGRAFÍA-DOPPLER EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO: LO QUE EL RADIÓLOGO DEBE SABER**

Ana Raquel de Castro Almeida, María del Mar Molinero Casares, Lidia María Sánchez Linares, Josefa Vicente Romo

*Hospital Universitario Regional de Málaga. Radiodiagnóstico*

**Objetivo docente**

- Revisión de la anatomía quirúrgica del injerto hepático, fundamental para una correcta valoración radiológica del mismo, así como de los hallazgos compatibles con la normalidad en la ecografía-Doppler.
- Revisión de los hallazgos en la ecografía-Doppler del postoperatorio temprano que pueden simular complicaciones y que son reversibles en las primeras 48-72 horas. Estableciendo cuáles son las situaciones en las que está indicada una prueba de imagen de segunda línea o una actitud conservadora.
- Revisión de los hallazgos en Modo B y en Doppler de las principales complicaciones agudas del trasplante (arteriales, venosas y biliares) mediante una descripción esquemática de los hallazgos y múltiples casos ilustrativos.
- Revisión de algunas complicaciones crónicas del trasplante hepático, ilustradas con múltiples casos.

**Revisión del tema**

El trasplante hepático es el segundo trasplante de órgano sólido más frecuente en el mundo.

La ecografía-Doppler es la prueba de imagen de elección en las primeras 24-48 horas postrasplante. Constituye un estudio muy rentable y que aporta información imprescindible en el posoperatorio temprano a pie de cama.

Para la correcta valoración del injerto es necesario conocer su anatomía. Durante las primeras 24-48 horas postoperatorio, los hallazgos de la ecografía-Doppler pueden simular complicaciones. El radiólogo debe ser consciente de este hecho para la correcta valoración del injerto y conocer en qué momento se está enfrentado a un hallazgo reversible o a una complicación.

Las complicaciones vasculares son las más frecuentes y precoces después del rechazo agudo, siendo de éstas la más frecuente y con mayor potencial ominoso la trombosis de la arteria hepática. También las complicaciones biliares y venosas son frecuentes, aunque generalmente de curso más benigno.

En el seguimiento del injerto mediante ecografía y Doppler también es frecuente encontrar complicaciones crónicas que por lo general son de curso más benigno.

**Conclusiones**

Esta comunicación repasa los aspectos más relevantes en el estudio ecográfico del injerto hepático.

**RES0132 HALLAZGOS RADIOLÓGICOS EN LA HEMORRAGIA SUPRARRENAL NO TRAUMÁTICA**

Juan José Jover Sánchez, Jaime Hernando Álvarez Cuenca, José Carlos Poyo Calvo, María Jesús Juanco García, Wilmar Antonio Ocampo Toro, María Azahara Hoyas García

*Hospital Universitario Severo Ochoa. Radiodiagnóstico*

**Objetivo docente**

Describir los hallazgos radiológicos de las lesiones suprarrenales hemorrágicas no traumáticas, mediante tomografía computarizada (TC) y resonancia magnética (RM), a través de la presentación de casos clínicos.

**Revisión del tema**

La hemorragia de la glándula suprarrenal puede ser unilateral o bilateral y ocurre espontáneamente o secundaria a condiciones traumáticas y no traumáticas. La hemorragia suprarrenal no traumática es una entidad poco frecuente. Puede estar asociada a múltiples condiciones y sus manifestaciones clínicas son variadas. Cuando es unilateral suele ser clínicamente silente y en la mayoría de los casos se diagnostica de forma incidental. Sin embargo, la hemorragia bilateral puede desencadenar insuficiencia suprarrenal aguda, potencialmente mortal si no se inicia terapia de reemplazo con glucocorticoides.

La técnica de elección para detectar sangrado suprarrenal es la TC. Inicialmente el hematoma se describe como una lesión hiperdensa, con valores de atenuación entre 50 - 90 UH y alteración de los márgenes glandulares. Progresivamente, disminuye de tamaño y densidad hasta que se reabsorbe. A veces puede calcificar o licuarse y persistir como pseudoquistes suprarrenales. La RM, se emplea como estudio complementario para valorar el estado evolutivo de la hemorragia y ayuda a identificar lesiones subyacentes.

En esta revisión sistemática presentamos una serie de casos de hemorragia suprarrenal no traumática, donde reconoceremos sus principales causas y las características de la imagen en TC y RM. Estas causas se clasifican en cuatro categorías: (a) estrés, (b) diátesis hemorrágica o coagulopatía y (c) lesiones suprarrenales subyacentes.

**Conclusiones**

Existe un amplio espectro de patologías que desencadenan hemorragia de las glándulas suprarrenales. En este artículo se describen los hallazgos radiológicos de una variedad de situaciones clínicas en las que puede ocurrir una hemorragia suprarrenal de etiología no traumática.

### RES0133 RESONANCIA MAGNÉTICA DEL SUELO PÉLVICO: LO QUE EL RADIOLOGO DEBE SABER

Ángela Fernández López, María del Rosario Pastor Juan, Ricardo Ródenas Lozano, Alberto Ibáñez Ibáñez, María Isabel Tercero Azorín, Elena Lozano Setién

Complejo hospitalario universitario de Albacete. Radiodiagnóstico

#### Objetivo docente

- Repaso anatómico del suelo pélvico, identificando sus distintos compartimentos y describiendo las referencias anatómicas fundamentales para la interpretación de la imagen.
- Aportación de la resonancia magnética (RM) dinámica del suelo pélvico y su variante con RM-defecografía, revisando los protocolos más adecuados.
- Describir los hallazgos radiológicos de la patología del suelo pélvico.
- Aportar las claves para la realización de un informe estructurado.

#### Revisión del tema

El suelo pélvico es un complejo anatómico y funcional muy complejo. Lo podemos dividir en tres compartimentos: anterior o urinario, medio o genital y posterior o anorrectal. La disfunción del suelo pélvico puede afectar a cualquier de estos compartimentos y producir distintos síntomas como incontinencia urinaria o fecal, prolapsos de órganos pélvicos, etc. La patología del suelo es muy prevalente, sobre todo en mujeres mayores de 50 años, y puede afectar de forma importante a la calidad de vida. La RM está tomando un papel principal en la valoración de esta patología debido a su alta resolución de contraste que nos permite la delimitación de las estructuras anatómicas, su capacidad multiplanar, su evaluación simultánea de los distintos compartimentos, así como el estudio dinámico del acto de la defecación.

#### Conclusiones

La disfunción del suelo pélvico es una patología frecuente y que afecta a la calidad de vida de muchas mujeres. La RM dinámica permite la valoración detallada de los órganos de la pelvis y sus estructuras de apoyo, así como su disposición en maniobras de reposo y esfuerzo y durante la defecación, aportando mucha información y siendo útil en la planificación preoperatoria en muchos casos.

### RES0134 AFECTACIÓN ESPLÉNICA EN ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS MALIGNAS Y NO NEOPLÁSICAS: HALLAZGOS RADIOLÓGICOS

Esther Blanco Pérez<sup>1</sup>, Rocío Auban Pariente<sup>1</sup>, Rafael Lluch García<sup>2</sup>, Pau Montesinos García<sup>1</sup>, Julia Cano Gimeno<sup>1</sup>, Esther Taberner López<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Universitario de la Ribera. Radiodiagnóstico

<sup>2</sup> Hospital Universitario de la Ribera. Hematología

#### Objetivo docente

Describir e ilustrar las manifestaciones radiológicas de las alteraciones esplénicas secundarias a enfermedades hematológicas, el diagnóstico diferencial y complicaciones, revisando el papel de las distintas técnicas de imagen.

#### Revisión del tema

La mayor parte de las neoplasias hematológicas pueden afectar al bazo en su evolución, siendo más frecuente esta infiltración en el linfoma no Hodgkin. En el linfoma esplénico secundario, se acompaña de adenopatías, hallazgo inconstante en el primario. En ambos se definen cuatro patrones radiológicos: esplenomegalia homogénea, infiltración miliar difusa con lesiones menores de 5mm, masa única y múltiples nódulos. En la leucemia las manifestaciones más frecuentes son esplenomegalia, nódulos miliares de baja atenuación y adenopatías. La esplenomegalia también es el hallazgo más habitual en el mieloma múltiple.

Otras patologías que pueden asociarse a las neoplasias hematológicas y presentarse como lesiones focales conduciendo a un diagnóstico erróneo son los infartos, complicaciones infecciosas y hematopoyesis extramedular.

Las alteraciones comunes a las anemias hemolíticas son secundarias a la hematopoyesis extramedular con masas esplénicas de comportamiento variable en RM, y a la sobrecarga férrica con hipointensidad parenquimatosa, más acusada tras transfusiones múltiples. Pueden asociar depósitos nodulares de hemosiderina, calcio y tejido fibroso (cuerpos de Gamna-Gandy). La esferocitosis se caracteriza además por bazos calcificados de pequeño tamaño (forma homocigota), pudiendo llegar a la autoesplenectomía, o esplenomegalia (forma heterocigota) con calcificaciones capsulares, abscesos o infartos que pueden aumentar el riesgo de ruptura.

La esplenomegalia constituye la alteración más frecuente en la policitemia vera, pudiendo asociar infartos. La importancia de las pruebas de imagen en la púrpura trombocitopénica idiopática radica en la detección de bazos accesorios en trombocitopenia persistente tras esplenectomía.

#### Conclusiones

La adecuada evaluación de la afectación esplénica en enfermedades hematológicas es necesaria para reconocer la expresión radiológica típica y complicaciones, además de afectar al estadiaje tumoral, manejo terapéutico y pronóstico en el caso de las neoplasias.

### RES0135 LO QUE EL ENGROSAMIENTO DE LA PARED VESICULAR ESCONDE: HALLAZGOS EN IMAGEN Y ETIOLOGÍA

Carlos Martínez Martínez, Ana Milena Muñoz, Paula Pérez Naranjo, Laura Díaz Rubia

*Hospital Universitario Campus de la Salud. Radiodiagnóstico*

#### Objetivo docente

Conocer las diferentes patologías que pueden causar engrosamiento de la pared vesicular. Identificar en las distintas pruebas de imagen los hallazgos radiológicos que indican un aumento del grosor de la pared vesicular.

#### Revisión del tema

La ecografía, TC y RM permiten la visualización directa de la pared vesicular. Aunque tradicionalmente la ecografía ha sido la prueba de imagen de elección para detectar patología a nivel de la vesícula biliar por su rapidez, fácil disponibilidad y alta sensibilidad para detectar litiasis biliar, la TC es a veces la primera modalidad para hallar engrosamiento de la pared vesicular o es usada como prueba complementaria a la ecografía, siendo la RM relegada a un segundo plano por su menor disponibilidad. Se considera un engrosamiento de la pared de la vesícula biliar cuando mide más de 3 mm; en la ecografía se detecta como varias líneas de diferente ecogenicidad y en la TC frecuentemente contiene una capa hipodensa de edema subseroso con una apariencia similar a líquido perivesicular. El engrosamiento de la pared vesicular puede ocurrir en patologías que no sean primarias de la vesícula biliar; por tanto, en estos casos la colecistectomía no está indicada. Por otro lado, cabe destacar que de manera fisiológica puede ocurrir un falso engrosamiento en el periodo postprandial. El diagnóstico diferencial incluye una gran variedad de patologías como colecistitis (aguda, crónica, acalculosa y xantogranulomatosa), carcinoma de vesícula biliar, adenomiomatosis, cirrosis hepática, hepatitis, insuficiencia cardíaca derecha, insuficiencia renal y pancreatitis.

#### Conclusiones

El engrosamiento de la pared de la vesícula biliar puede ser causado por multitud de patologías, entre ellas patologías que requieran colecistectomía. En ocasiones, es imposible realizar el diagnóstico diferencial mediante las pruebas de imagen. Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones la causa se puede determinar correlacionando los hallazgos radiológicos con los datos clínicos.

### RES0136 LESIÓN SUPRARRENAL ¿Y AHORA QUÉ?

María del Carmen Gutiérrez Sánchez<sup>1</sup>, Renzo Javier Andrade González<sup>1</sup>, María del Carmen Alcántara Zafra<sup>1</sup>, Ana Belén Veas López<sup>2</sup>, María Carrillo García<sup>2</sup>, Eduardo Alias Carrascosa<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Reina Sofía de Murcia. Radiodiagnóstico

<sup>2</sup> Hospital Virgen de la Arrixaca. Radiodiagnóstico

#### Objetivo docente

1. Realizamos un repaso de la anatomía e histología de las glándulas suprarrenales y de las distintas causas de lesiones a dicho nivel.
2. Definimos las indicaciones TC y RM y las características por imagen que nos permiten alcanzar un diagnóstico diferencial analizando casos de masas suprarrenales estudiados en nuestro servicio de Radiología.

#### Revisión del tema

Las glándulas suprarrenales son órganos retroperitoneales, pares, situados en el interior de la fascia perirrenal.

En un 5% de los estudios de TC de abdomen nos encontramos con lesiones suprarrenales como hallazgo incidental. El objetivo principal en este caso es descartar malignidad.

El radiólogo debe conocer las principales etiologías de masas suprarrenales y su frecuencia, las pruebas de imagen indicadas para su valoración y el comportamiento característico de las mismas para llegar a un diagnóstico diferencial. De este modo, el tamaño de la lesión, su variación de tamaño en el tiempo, la densidad, el realce con contraste en TC y el porcentaje de lavado en RM son características que son útiles para una adecuada aproximación diagnóstica

Entre las principales indicaciones de pruebas de imagen para el estudio de las glándulas suprarrenales son:

- Caracterización de incidentalomas.
- Detección de lesiones suprarrenales en pacientes con signos o síntomas de trastornos sugestivos de trastornos endocrinos (hiperaldosteronismo, hipercortisolismo...).
- Estaficación y respuesta de neoplasias suprarrenales primarias.
- Orientación para intervención de una lesión suprarrenal.

Clasificamos los principales hallazgos de imagen en la patología suprarrenal en función de sus características morfológicas y su comportamiento junto a los hallazgos clínicos asociados.

#### Conclusiones

TC y RM son pruebas útiles para llevar a cabo una adecuada aproximación diagnóstica.

### RES0137 VALORACIÓN POR IMAGEN DEL CÁNCER GÁSTRICO. ACTUALIZACIÓN Y CLAVES DIAGNÓSTICAS

Javier Encinas de la Iglesia<sup>1</sup>, Miguel Ángel Corral de la Calle<sup>2</sup>, Ignacio Martín García<sup>1</sup>, Daniel Santiago Águeda del Bas<sup>2</sup>, Alberto Álvarez Delgado<sup>3</sup>, Cecilia Santos Montón<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Complejo Asistencial de Zamora. Radiodiagnóstico

<sup>2</sup> Complejo Asistencial de Ávila. Radiodiagnóstico

<sup>3</sup> Complejo Asistencial de Salamanca. Digestivo

#### Objetivo docente

Mostrar las consideraciones anatómicas particulares del estómago que permiten una adecuada valoración de la patología neoplásica.

Revisión de la utilidad de las distintas técnicas de imagen en la valoración del cáncer gástrico. Protocolo diagnóstico.

Novedades de la actual clasificación TNM (8ª edición) y de la valoración prequirúrgica del cáncer gástrico mediante casos recogidos en nuestros centros de trabajo. Evaluación de respuesta a quimioterapia perioperatoria.

Hallazgos radiológicos diferenciales que permiten el diagnóstico de otras neoplasias gástricas distintas del adenocarcinoma.

#### Revisión del tema

El cáncer gástrico es una de las neoplasias más frecuentes en nuestro medio. Es la cuarta más frecuente y supone la segunda causa de muerte por cáncer en todo el mundo. Las particularidades anatómicas del estómago explican la capacidad de diseminación del tumor que con frecuencia hacen que el cáncer gástrico se presente como enfermedad avanzada. Disponemos en la actualidad de varias pruebas diagnósticas que empleadas adecuadamente permiten una valoración precisa de la extensión tumoral y de la reseccabilidad, posibilitando la elección del tratamiento apropiado en cada caso. La prueba de imagen principal en la evaluación diagnóstica del cáncer gástrico es la TC, pero otras exploraciones como la ecografía, ecoendoscopia, RM o PET-TC tienen un papel importante en este proceso. La nueva actualización de la clasificación TNM (8ª edición) introduce cambios que debemos tener en consideración en nuestra práctica clínica.

#### Conclusiones

El cáncer gástrico es una patología frecuente a la que el radiólogo de abdomen se enfrenta diariamente. Debemos conocer las particularidades anatómicas del estómago que explican la diseminación tumoral, la utilidad de las distintas técnicas de imagen en su evaluación durante el proceso diagnóstico, las novedades de la clasificación TNM actual (8ª edición) y los hallazgos diferenciales que permiten el diagnóstico de otras neoplasias gástricas distintas del adenocarcinoma.

### RES0138 ENFERMEDADES INFILTRATIVAS RENALES: HALLAZGOS POR TC Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Rocío Auban Pariente, Esther Blanco Pérez, Luis Navarro Ferris, Ernesto Fernández Torvisco, María Martínez Mora, Miquel Forment Navarro

Hospital Universitario de la Ribera. Radiodiagnóstico

#### Objetivo docente

- Conocer las alteraciones renales que pueden manifestarse con un patrón infiltrativo y describir las características radiológicas de dicho patrón de crecimiento en la TC.
- Realizar un adecuado diagnóstico diferencial de las enfermedades infiltrativas renales, integrando los hallazgos clínicos y por TC, para aproximar un diagnóstico a menudo inespecífico.

#### Revisión del tema

Las lesiones renales pueden mostrar dos patrones de crecimiento: de forma expansiva, como lesiones focales, o bien de forma infiltrante, utilizando la arquitectura renal como vía de diseminación.

La mayoría de las lesiones renales son focales y característicamente están bien circunscritas, siendo fácil diferenciarlas del parénquima renal normal.

Sin embargo, las lesiones infiltrativas impregnan el intersticio renal y presentan una interfase mal definida con el parénquima normal. Como consecuencia de ello, los hallazgos son más sutiles y el diagnóstico diferencial es más difícil.

Existe un amplio grupo de enfermedades infiltrativas renales, desde lesiones tumorales hasta enfermedades inflamatorias, entre otros.

A través del conocimiento de estas enfermedades, tanto por sus datos clínicos como radiológicos en la TC, se puede lograr un diagnóstico más preciso.

#### Conclusiones

Las lesiones renales infiltrativas son menos frecuentes que las lesiones focales, pero muestran un amplio diagnóstico diferencial: lesiones tumorales, lesiones inflamatorias y otras. Aunque los hallazgos por TC de estas enfermedades son a menudo inespecíficos, una adecuada integración con los datos clínicos permite proporcionar un diagnóstico diferencial más estrecho. De esta forma, se pueden evitar procedimientos quirúrgicos innecesarios y guiar hacia la necesidad de tratamiento médico, biopsia o cirugía.

### RES0140 ECOGRAFÍA CON CONTRASTE EN LA PATOLOGÍA ABDOMINAL: VENTAJAS, UTILIDAD Y NUEVAS APLICACIONES

Natalia Sordo Alonso<sup>1</sup>, Gemma Fernández Suárez<sup>1</sup>, Ana Montes García<sup>1</sup>, Bonel Argüelles García<sup>2</sup>, Ana Fernández del Valle<sup>1</sup>, Alicia Mesa Álvarez<sup>1</sup>

<sup>1</sup> HUCA. Radiodiagnóstico

<sup>2</sup> Hospital Universitario de Cabueñes. Radiodiagnóstico

#### Objetivo docente

Presentar las características del contraste ecográfico. Mostrar las principales aplicaciones de la ecografía con contraste en el abdomen.

#### Revisión del tema

El contraste ecográfico consiste en una suspensión de microburbujas que permite valorar de forma precisa la vascularización de un determinado órgano o lesión en tiempo real. Su rápida eliminación pulmonar hace posible su uso en pacientes con insuficiencia renal, y su excelente tolerancia permite la administración de dosis consecutivas si fuese necesario.

Resulta un complemento muy útil a la ecografía basal como primer escalón diagnóstico, antes de realizar otras pruebas que utilicen radiaciones ionizantes. Entre sus múltiples aplicaciones, destacamos la caracterización de LOES hepáticas, la evaluación tras tratamientos percutáneos del hepatocarcinoma y la valoración post- trasplante hepático o renal de la vascularización del injerto. También cabe destacar su utilidad en el diagnóstico diferencial entre lesiones renales quísticas y tumorales, la valoración del parénquima renal en las pielonefritis agudas y el diagnóstico diferencial entre tumores y coágulos intravesicales en pacientes con hematuria.

Además, estudios recientes sobre la enfermedad de Crohn conceden un papel importante a la ecografía con contraste en la valoración de su actividad, la caracterización de colecciones inflamatorias y el seguimiento de la misma.

#### Conclusiones

La ecografía con contraste es una técnica rápida y accesible que aumenta el rendimiento diagnóstico de la ecografía basal, evitando así en muchos casos la realización de pruebas adicionales menos inocuas.

### RES0141 EL PAPEL DEL RADIÓLOGO EN LA GANGRENA DE FOURNIER

Sonia Benítez Rivero, Yasmín El Khatib Ghzal, Violeta Pantoja Ortiz, Rubén Medina Herrera, Javier Díaz Gutiérrez, María Araceli Hidalgo Rodríguez

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Radiodiagnóstico

#### Objetivo docente

Describir las características clínicas y radiológicas de la gangrena

de Fournier. Definir el papel de las distintas pruebas de imagen en la evaluación y el manejo terapéutico más adecuado de estos pacientes. Enfatizar la gravedad de esta patología y la importancia de un diagnóstico preciso y precoz con objeto de mejorar su tasa de supervivencia.

#### Revisión del tema

La gangrena de Fournier es una fascitis necrotizante rápidamente progresiva que afecta a las regiones perineal, perianal y/o genital, constituyendo una emergencia quirúrgica dada su alta tasa de mortalidad. Es una patología producida habitualmente por flora polimicrobiana, siendo E. Coli el microorganismo más frecuentemente implicado. El TC juega un papel importante en el diagnóstico, así como en la evaluación de la extensión, presentando una mayor especificidad que la ecografía y la exploración física. Los hallazgos típicos son engrosamientos asimétricos de las fascias, colecciones líquidas o abscesos, trabeculación de la grasa en torno a las estructuras afectas y enfisema subcutáneo. Sin embargo, la ausencia de aire subcutáneo no excluye el diagnóstico, ya que se encuentra ausente hasta en un 10% de pacientes. El tratamiento deber ser agresivo, con antibioterapia de amplio espectro y desbridamiento quirúrgico de tejido no viable. La combinación de un diagnóstico precoz y un desbridamiento amplio se han mostrado como los factores más importantes para reducir la tasa de mortalidad.

#### Conclusiones

Aunque el diagnóstico de la gangrena de Fournier puede hacerse clínicamente, la realización de pruebas de imagen resulta de suma importancia para alcanzar un diagnóstico precoz. El TC es la prueba que muestra mayor sensibilidad y especificidad para el diagnóstico, así como para la evaluación precisa de la extensión de la enfermedad, ya que esta patología no sólo se limita a la zona perineal, sino que puede extenderse a retroperitoneo con un incremento de su tasa de mortalidad.

### RES0144 CARACTERIZACIÓN POR IMAGEN DE LOS COMPLEJOS DE VON-MEYENBURG

Sonia Benítez Rivero, Javier Díaz Gutiérrez, Violeta Pantoja Ortiz, Yasmín El Khatib Ghzal, Rubén Medina Herrera, María Araceli Hidalgo Rodríguez

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Radiodiagnóstico

#### Objetivo docente

Describir las características radiológicas de la hamartomatosis biliar múltiple (complejos de Von-Meyenburg) en ecografía, TC y RM. Destacar la importancia del diagnóstico diferencial con otras lesiones hepáticas múltiples, particularmente aquellas con peor pronóstico para el paciente como las metástasis hepáticas.

#### Revisión del tema

Los hamartomas biliares múltiples, también conocidos como

complejos de von-Meyenburg, son una causa rara de lesiones hepáticas benignas múltiples. Se trata de lesiones hepáticas congénitas que resultan del fallo de la involución de conductos biliares embrionarios. Microscópicamente consisten en dilataciones quísticas de estructuras ductales bien definidas, de morfología irregular, rodeadas por abundante estroma colágeno. Habitualmente son asintomáticos y constituyen un hallazgo incidental. La importancia radica en su diagnóstico diferencial con otras causas graves de lesiones hepáticas múltiples, particularmente con la enfermedad metastásica hepática. Normalmente son lesiones pequeñas (5-30 mm), redondeadas e irregulares repartidas de forma difusa en el hígado, aunque tienen cierta predilección por las regiones subcapsulares. En ecografía los hamartomas pequeños se suelen ver como lesiones hiperecogénicas, aunque los de mayor tamaño pueden ser hipo o anecoicos o con artefacto en cola de cometa. En TC suelen ser lesiones hipodensas sin realce, aunque en ocasiones se identifica un realce en anillo. En RM tampoco suelen realzar y no muestran restricción de la difusión.

### Conclusiones

En la hamartomatosis biliar múltiple el papel fundamental del radiólogo radica en diferenciar estas lesiones benignas e incidentales de otras lesiones de mucha mayor relevancia clínica, tales como micrometástasis o microabscesos hepáticos. En la mayoría de casos la combinación de la clínica y los hallazgos obtenidos en ecografía, TC y RM, en caso de tratarse de características típicas, permiten realizar un diagnóstico fiable sin necesidad de biopsia. En los pacientes con hallazgos atípicos, particularmente en aquellos con antecedente de neoplasia, estaría indicado un seguimiento y/o biopsia de las lesiones.

### RES0146 HALLAZGOS ECOGRÁFICOS EN LA PATOLOGÍA URGENTE DE PENE

*Jaime Hernando Álvarez Cuenca, Juan José Jover Sánchez, David Francisco Blanco García, Paula Concejo Iglesias, María Azahara Hoyas García, Juan Manuel Fernández Gallardo*

*Hospital Universitario Severo Ochoa. Radiodiagnóstico*

#### Objetivo docente

Describir los principales hallazgos ecográficos de la patología de pene en urgencias, vistas en nuestro hospital en el periodo comprendido desde 2009 a 2018.

#### Revisión del tema

El pene es un órgano fácilmente accesible a la ecografía que es la técnica de imagen de elección para la valoración inicial de la patología peneana, permitiendo realizar un estudio morfológico y funcional mediante el estudio Doppler de la vascularización.

Las lesiones agudas en el pene son poco frecuentes y, a menudo, se relacionan con causas traumáticas e infecciosas, siendo menos frecuente la consulta por priapismo.

La fractura de pene es una urgencia urológica infrecuente,

secundaria a un traumatismo cerrado con el pene en erección, caracterizada por la rotura del cuerpo cavernoso y de la túnica albugínea. Su tratamiento es quirúrgico y urgente para evitar secuelas anatómicas y funcionales. El factor pronóstico más importante es la integridad de la túnica albugínea y el lugar de la ruptura.

En la trombosis venosa superficial (síndrome de Mondor): producida por traumatismos repetidos, la ecografía doppler es fundamental para su diagnóstico.

El priapismo es una erección patológica prolongada sin relación con estímulo sexual, que puede ser de bajo flujo y de alto flujo. También se valora adecuadamente por ecografía doppler color.

En este artículo revisamos una serie de casos de urgencias de pene, donde describimos las principales características ecográficas.

### Conclusiones

La ecografía es la técnica de elección en el estudio de la patología aguda del pene, que permite el estudio morfológico y vascular del mismo. En este artículo se describen los hallazgos ecográficos en las urgencias de pene principales como fractura, priapismo y enfermedad de Mondor; para hacer un diagnóstico correcto, ayudando así en el manejo del paciente.

### RES0147 DESCRIPCIÓN DE LESIONES EN COLONOSCOPIA VIRTUAL: CORRELACIÓN CON LA CLASIFICACIÓN ENDOSCÓPICA DE PARÍS

*Celia Astor Rodríguez, Aitana Palomares Morales, Carmen Nieves Cereceda Pérez, María Jesús Lucena González, Mónica Bernabéu Rodríguez, Fátima Ximena Aragón Tejada*

*Complejo Hospitalario de Toledo. Radiodiagnóstico*

#### Objetivo docente

Revisar la descripción de las lesiones detectadas con TC colonografía, con casos prácticos y correlación con la Clasificación de París de endoscopia.

#### Revisión del tema

El cáncer colorrectal es el segundo más frecuente en mujeres y el tercero más frecuente en varones en España. La colonoscopia óptica es la técnica standard para el diagnóstico del cáncer colorrectal y de su precursor (adenoma) sin embargo, no carece de riesgos (perforación, sangrado, los propios de la sedación) y además entre el 6-26% son estudios incompletos. La colonoscopia virtual o TC colonografía, es una técnica no invasiva, de menor coste y normalmente con mejor acogida por parte del paciente, que permite detectar no solo las lesiones sugestivas de cáncer colorrectal y los precursores, sino también hallazgos extracolónicos.

En la práctica diaria, no siempre es sencillo clasificar las lesiones visualizadas con esta técnica de imagen. En colonoscopia óptica existen varias clasificaciones, entre las más empleadas se encuentra la Clasificación de París, que utiliza un sencillo

código alfanumérico, disminuyendo así la heterogeneidad en la descripción de las lesiones y unificando el manejo de las mismas. Por tanto, mediante la revisión de casos ilustrativos de nuestro centro, vamos a revisar la descripción de las distintas lesiones y correlacionarlas con la Clasificación de París.

### Conclusiones

La clasificación de las lesiones visualizadas con TC colonografía, requiere una descripción precisa y en concordancia con los hallazgos en colonoscopia óptica, por tanto, la correlación con la Clasificación de París, podría simplificar y unificar el proceso diagnóstico.

### RES0149 HALLAZGOS RADIOLÓGICOS DE LA ANISAKIASIS GASTROINTESTINAL

*Nerea Insausti Jaca<sup>1</sup>, María Begoña Guantes Del Vigo<sup>1</sup>, Leire Hernaiz Argudo<sup>1</sup>, Eneritz Larrazábal Etxebarria<sup>1</sup>, Martín Aperribay Ulacia<sup>1</sup>, Irune Pérez Arroyuelos<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Hospital Alto Deba. Radiodiagnóstico

<sup>2</sup> Hospital de Galdakao. Radiodiagnóstico

### Objetivo docente

Revisar los principales hallazgos radiológicos de la anisakiasis en el tracto gastrointestinal que permitan sospechar su diagnóstico.

### Revisión del tema

La anisakiasis es una enfermedad parasitaria causada por la ingesta de pescado crudo o poco cocinado contaminado por larvas de nematodos de la familia Anisakidae, cuya incidencia está aumentando en nuestro medio.

La invasión gastrointestinal del anisakis puede causar daño directo y/o reacción alérgica de la pared. Su presentación clínica incluye, náuseas, vómitos y dolor abdominal, solapándose por tanto con otras causas de abdomen agudo y obstrucción intestinal. Clínicamente se dividen dos formas de presentación, la gastroduodenal y la intestinal.

La anisakiasis gastroduodenal es la forma clínica más frecuente y su diagnóstico y tratamiento se realiza habitualmente mediante gastroscopia. Los hallazgos radiológicos incluyen engrosamiento de la pared y pliegues gástricos difuso o focal, edema de la grasa y líquido libre.

El diagnóstico de la anisakiasis intestinal requiere más frecuentemente la realización de pruebas de imagen, y se basa en la sospecha clínico-radiológica confirmada mediante serología. Los hallazgos radiológicos incluyen, engrosamiento parietal segmentario de una o varias asas intestinales, edema submucoso, obstrucción de intestino delgado, edema de la grasa mesentérica y líquido libre.

Se realiza una revisión de los hallazgos radiológicos de ambas formas de presentación de los casos confirmados recogidos.

### Conclusiones

La anisakiasis intestinal tiene una presentación clínica y

radiológica inespecífica. Es importante conocer los hallazgos radiológicos más comunes ya que pueden hacer sospechar una anisakiasis y junto con una correcta anamnesis y serología positiva permitir su diagnóstico.

### RES0150 INFORME ESTRUCTURADO DE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA EN PACIENTES CON CÁNCER DE OVARIO

*Laia Valls Masot<sup>1</sup>, Marta Bonfill Garcin<sup>1</sup>, María Pilar Barretina Ginesta<sup>2</sup>, Eduard Sala Hernández<sup>3</sup>, Eugeni López Bonet<sup>4</sup>, Albert Maroto Genover<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Centro IDI. Hospital U. Dr. Josep Trueta de Girona.

Radiodiagnóstico

<sup>2</sup> Centro ICO. Hospital U. Dr. Josep Trueta de Girona. Oncología Médica

<sup>3</sup> ICS Girona. Hospital U. Dr. Josep Trueta de Girona.

Ginecología y Obstetricia

<sup>4</sup> ICS Girona. Hospital U. Dr. Josep Trueta de Girona. Anatomía Patológica

### Objetivo docente

- Explicar el protocolo que se debe realizar para un correcto estudio radiológico de tomografía computarizada (TC) en pacientes con cáncer de ovario.
- Establecer qué estructuras anatómicas se deben estudiar y reflejar en el informe de TC por su implicación clínica y terapéutica.
- Sugerir un modelo de informe estructurado para este tipo de estudio.

### Revisión del tema

El estudio por TC es la técnica radiológica de elección para el manejo clínico y terapéutico de las pacientes con cáncer de ovario. Se utiliza en distintas fases de la enfermedad como son: en el estadiaje inicial y la evaluación de reseccabilidad quirúrgica, en el diagnóstico de posibles complicaciones asociadas a la cirugía o la quimioterapia, en la detección y localización de recidivas, así como para la valoración de la respuesta al tratamiento oncológico. De ahí la importancia de recoger en un informe estructurado todos los hallazgos de relevancia, que permitan una mejor comunicación entre el radiólogo y los otros especialistas médicos involucrados en la toma de decisiones más adecuadas a cada paciente.

### Conclusiones

Los hallazgos encontrados en una TC realizada a lo largo de la enfermedad de pacientes con cáncer de ovario se deben recoger en un informe radiológico estructurado, que permita una comunicación ágil entre radiólogos y otros especialistas médicos involucrados en el manejo terapéutico de las pacientes.



**RES0151 ENFERMEDAD QUÍSTICA DE LA VESÍCULA SEMINAL**

*Violeta Pantoja Ortiz, Jesús Ignacio Vivancos Garbayo, María Araceli Hidalgo Rodríguez, Sandra Duque Fernández de Vega, Daniel D. Eiroa Gutiérrez, Carlos Marichal Hernández*

*Hospital Nuestra Señora de la Candelaria. Radiodiagnóstico*

**Objetivo docente**

Describir la semiología radiológica de la enfermedad quística seminal y su diagnóstico diferencial.

Definir las características de los quistes de vesículas seminales, sus asociaciones y sus posibles complicaciones.

**Revisión del tema**

La enfermedad quística de las vesículas seminales es una entidad poco frecuente (0.005%) que puede ser de origen congénito o ser adquirida durante la edad adulta. En el primer caso, la malformación quística seminal a menudo irá acompañada de disgenesia renal ipsilateral. Esta entidad también puede ir asociada a otras malformaciones.

Los pacientes pueden estar asintomáticos o cursar con síntomas de tipo genitourinario, dolor perineal o pélvico. Cuando los quistes de vesículas seminales se asocian con disgenesia renal (y comúnmente con agenesia ureteral) se denomina Síndrome de Zinner. También es importante conocer las posibles complicaciones que, aunque en raros casos, pueden ser graves.

Los quistes normalmente son uniloculares, laterales a la línea media, suelen ser menores de 6 cm y se encuentran clásicamente en la región retro-vesicular y cefálica a próstata.

Aunque con el TC puede realizarse el diagnóstico, la RM es la mejor técnica para diferenciar las lesiones pélvicas quísticas. Además, permite valorar con mejor detalle las relaciones anatómicas con el resto de estructuras pélvicas.

El diagnóstico diferencial deberá hacerse con el quiste prostático, divertículos del conducto eyaculatorio, dilatación quística de los remanentes wolffianos/mullerianos y malformación linfática mesentérica.

**Conclusiones**

Los quistes de las vesículas seminales son una entidad poco frecuente pero muy característica cuya forma congénita asocia frecuentemente disgenesia del sistema renal. Para el radiólogo puede ser de gran ayuda conocer de antemano esta entidad cuando se presenta ante la prueba de imagen de un varón con masas quísticas en pelvis. La RM es la mejor técnica para diferenciar las lesiones pélvicas de tipo quístico y establecer con precisión las relaciones anatómicas con el resto de estructuras pélvicas.

**RES0153 EL GRAN OLVIDADO: UTILIDAD DE LAS PRUEBAS DE IMAGEN EN LA CARACTERIZACIÓN DE LAS LESIONES ESPLÉNICAS**

*Francisco Castro Consiglio, Carlota Cano Rodríguez, María José Prieto del Rey, Damián Gil, Amalia González López, Beatriz Consola Maroto*

*Hospital Parc Tauli. Radiología*

**Objetivo docente**

Realizar una revisión bibliográfica de la patología esplénica, centrándonos en aquellas características radiológicas que nos permitan establecer un correcto diagnóstico etiológico, fundamentalmente diferenciando patología maligna de benigna.

**Revisión del tema**

El aumento de las pruebas de imagen hace que frecuentemente nos encontremos con lesiones esplénicas de forma incidental y en muchas ocasiones su correcta interpretación conlleva un reto para el radiólogo. Es por ello que el diagnóstico etiológico de la patología esplénica es frecuentemente desestimado a expensas de procedimientos diagnósticos invasivos o esplenectomía. El avance en las técnicas de imagen, sobre todo la TC y la RM han permitido profundizar en las características radiológicas de dichas lesiones.

Clasificaremos la patología esplénica en función de las siguientes características: quística, sólido-quística y sólida, así como en función de su patrón de realce y su intensidad de señal en el caso de la RM.

Las lesiones quísticas incluyen principalmente el quiste epitelial, hemangioma, linfangioma, pseudoquiste y quiste hidatídico, entre otras, todas ellas benignas. Las lesiones sólido-quísticas incluyen lesiones benignas como el hemangioma, el traumatismo o el infarto, y malignas como el angiosarcoma, las metástasis y el histiocitoma fibroso. Las lesiones sólidas se subclasifican en función de su patrón de realce: hipervasculares (malignas: angiosarcoma, hemangioendoteloma; benignas: hamartoma y enfermedad de Castleman) e hipovasculares, destacando el linfoma. Todas estas lesiones reúnen características radiológicas que aunque no siempre nos llevarán al diagnóstico definitivo en la mayoría de los casos, nos permitirán diferenciarlas entre malignas y benignas. Por otro lado existe el espectro de lesiones inflamatorias / infecciosas como la TBC, sarcoidosis... que pueden presentar distintos patrones radiológicos por lo que la correlación clínica será fundamental.

**Conclusiones**

El conocimiento de las características radiológicas de las lesiones esplénicas, y principalmente la correcta diferenciación entre patología benigna de maligna, evitará retrasos en los tratamientos, así como la realización de procedimientos invasivos innecesarios.

## RES0154 CARACTERIZACIÓN DE LESIONES FOCALES HEPÁTICAS CON COMPONENTE GRASO

Violeta Pantoja Ortiz, Amelia Muñoz García,  
María Araceli Hidalgo Rodríguez,  
Mónica Fernández del Castillo Ascanio, Sonia Benítez Rivero,  
Yasmín El Khatib Ghzal

Hospital Nuestra Señora de la Candelaria. Radiodiagnóstico

### Objetivo docente

Describir el comportamiento de los diferentes tipos de lesiones focales grasas hepáticas ante las diferentes técnicas de imagen y su correlación anatomopatológica.

Realizar una revisión actualizada sobre el diagnóstico diferencial de las lesiones focales grasas hepáticas por técnicas de imagen.

### Revisión del tema

En la práctica diaria del radiólogo de abdomen encontrar lesiones hepáticas con diferentes niveles de contenido graso es relativamente frecuente. De hecho, la identificación de la grasa dentro de una lesión hepática puede ser crítica en la caracterización de dicha lesión. Por ello es necesario que estemos familiarizados con las lesiones hepáticas que pueden contener grasa y sepamos establecer un diagnóstico diferencial según el comportamiento de esta en las diferentes técnicas de imagen.

Existe una amplia variedad de lesiones hepáticas que contienen grasa en una proporción suficiente para ser identificada por la imagen. Según su comportamiento frente a la tomografía computarizada y la resonancia magnética, que incluso nos pueden informar sobre su distribución con respecto a la célula, podemos establecer una correlación anatomopatológica y estrechar considerablemente el diagnóstico diferencial antes de obtener los resultados de laboratorio, en caso de que sean necesarios.

### Conclusiones

La identificación de componente graso en una lesión hepática puede ser una herramienta crucial para su diagnóstico diferencial. Por ello, los radiólogos deben conocer el comportamiento de dichas lesiones en las diferentes técnicas de imagen y ser capaces de realizar un diagnóstico de muy aproximado.

Las lesiones focales grasas hepáticas constituyen un grupo heterogéneo con hallazgos variables en las distintas técnicas de imagen, dentro de las cuales la resonancia magnética ofrece mayor especificidad.

## RES0155 LESIONES TRAUMÁTICAS DE BAZO E HÍGADO

Mohamed Brahim Salek, Ana Belén Gil Guerra,  
María Pina Pallín, María Isabel Jiménez Cuenca,  
Jorge Galván, Pablo Santos Velasco

Hospital Clínico Universitario de Valladolid

### Objetivo docente

Ilustrar las principales características que el radiólogo necesita reconocer para identificar correctamente la patología del

paciente politraumatizado, colaborando así para reducir su morbimortalidad.

Mostrar y clasificar los hallazgos radiológicos de las lesiones esplénicas y hepáticas secundarias a un traumatismo abdominal cerrado.

### Revisión del tema

El trauma abdominal se puede dividir en dos grandes grupos: trauma abdominal cerrado y trauma abdominal penetrante.

La prevalencia de lesiones en los casos de traumatismo abdominal cerrado se sitúa en torno al 13%.

El mecanismo de lesión es debido tanto a fuerzas de compresión como a fuerzas de desaceleración.

Los órganos más afectados son el bazo (40%), hígado (25%), riñones (10%) y páncreas (7%).

#### La ecografía FAST:

Ayuda a detectar líquido/sangre peritoneal. Indica la realización de TC si su situación hemodinámica es estable, y laparotomía o angiografía pélvica en pacientes muy inestables.

#### TC:

Es la técnica de elección. Permite realizar un detallado y rápido balance de las lesiones, incluyendo las más graves (hemorragia).

Lesiones vasculares:

Requieren una actuación rápida.

La mortalidad disminuye significativamente al reducir el tiempo hasta su tratamiento, ya sea intervencionista o quirúrgico. Los hallazgos más importantes son la presencia de sangrado activo y de pseudoaneurismas.

El bazo es el órgano más frecuentemente lesionado en los traumatismos abdominales. Se prefiere siempre el tratamiento conservador y endovascular a la esplenectomía.

La incidencia de lesiones hepáticas en pacientes politraumatizados es del 25 %, con una mortalidad del 4,1-11,7 %. Actualmente se prefiere el tratamiento no quirúrgico en pacientes hemodinámicamente estables.

### Conclusiones

Los traumatismos abdominales son responsables del 10 % de las muertes traumáticas. La gran mayoría son de tipo cerrado. El principal objetivo es identificar una hemorragia activa. La TC es la técnica de elección.

Las lesiones que se deben identificar: sangrado activo y pseudoaneurismas, laceración, hematoma intraparenquimatoso y hematoma subcapsular.

Las clasificaciones de la AAST permiten graduar de forma objetiva las lesiones viscerales.

### RES0156 PAPEL DEL RADIÓLOGO EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL SOBRE EL DOLOR AGUDO EN FID

Paula Pérez Naranjo, Ana Milena Muñoz,  
Carlos Martínez Martínez, Laura Díaz Rubia,  
Laura Guirado Isla, Jose Antonio Miras Ventura

Hospital Universitario San Cecilio. Radiodiagnóstico

#### Objetivo docente

Conocer diferentes entidades que cursan con dolor abdominal agudo focalizados en fosa ilíaca derecha, revisar los hallazgos clínico radiológicos de las posibles entidades y realizar un buen diagnóstico diferencial mediante técnicas de imágenes con el objetivo de evitar tratamientos innecesarios.

#### Revisión del tema

Debido al gran abanico de patologías que cursan con dolor focalizado en fosa ilíaca derecha el radiólogo tiene un papel fundamental en el diagnóstico, tanto en la elección de la técnica de imagen, según la clínica del paciente, así como el diagnóstico diferencial según los diferentes hallazgos radiológicos obtenidos.

Existe una amplia gama de diagnósticos alternativos a la apendicitis para el dolor en FID, los cuales se denominan "simuladores de apendicitis", siendo la ecografía la técnica de imagen de elección para una primera valoración. Mientras que la TCMD es una técnica útil en urgencias en aquellos casos en los que los hallazgos ecográficos no sean específicos debido a su alta precisión diagnóstica.

Debemos realizar un diagnóstico diferencial que incluya: apendicitis aguda, apendicitis epiploica, infarto omental, diverticulitis, adenitis mesentérica, colecistitis.

#### Conclusiones

Gracias al avance en las técnicas de imágenes mucha patología abdominal se puede diagnosticar de manera más precisas, disminuyendo la necesidad de intervenciones quirúrgicas tras un mejor estudio del paciente y permitiendo un manejo más conservador.

### RES0157 LAS COLESCISTITIS AGUDAS: EL ABORDAJE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN

Melanie Moana Sánchez, Xiomara Plasencia Cruz,  
Glenis Nieves Perdomo, María Adela Rodríguez Fuentes,  
Sergio Pitti Reyes

Hospital Universitario de Canarias. Radiodiagnóstico

#### Objetivo docente

- Ilustrar la anatomía de la vesícula biliar.
- Describir los hallazgos radiológicos de la patología vesicular aguda.
- Revisar sus complicaciones y sus posibles diagnósticos diferenciales.

#### Revisión del tema

La ecografía es el método de imagen inicial recomendado ante la sospecha de patología vesicular aguda que suele presentarse con dolor en hipocondrio derecho, así como fiebre, vómitos, leucocitosis y elevación de la bilirrubina directa en el estudio analítico.

Los criterios ecográficos de colecistitis aguda son: la presencia de colelitiasis, el signo de Murphy ecográfico, el engrosamiento parietal mayor de 3 mm, el aumento del tamaño vesicular con un diámetro longitudinal mayor de 10 cm o, sobre todo, transversal mayor de 5 cm y el líquido perivesicular.

Un 10-15% de la colecistitis son alitiásicas siendo éstas de pronóstico grave.

Debemos conocer y descartar las complicaciones de la colecistitis aguda como son la perforación, la colecistitis gangrenosa, la colecistitis enfisematosas, la colecistitis hemorrágica, así como el íleo biliar.

La colecistitis aguda puede ser la simuladora de otras muchas patologías entre las cuales describiremos las siguientes: colecistitis crónica, tumor vesicular, hepatitis, insuficiencia cardíaca y diverticulitis aguda derecha.

La TC y la RM son técnicas complementarias que se emplean cuando la ecografía no es concluyente, para el estudio de extensión neoplásica o para planificar el tratamiento.

#### Conclusiones

La ecografía es el método inicial indicado ante la sospecha de patología vesicular aguda. Una valoración rigurosa de los hallazgos y su correlación con la historia clínica y los datos de laboratorio nos permite establecer un diagnóstico correcto en la mayoría de los casos. Debemos conocer sus complicaciones y sus diagnósticos diferenciales para realizar un diagnóstico certero que permita un correcto manejo del paciente.

### RES0158 ¿ESTÁ MEJOR O PEOR? CRITERIOS ANATÓMICOS Y FUNCIONALES PARA MONITORIZAR LA RESPUESTA TERAPÉUTICA EN LOS TUMORES SÓLIDOS

Antonio José García Salguero, Álvaro Moyano Portillo,  
Carlos Luque Revelles

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Radiodiagnóstico

#### Objetivo docente

Exponer los diferentes criterios que podemos utilizar para valorar la respuesta de los tumores sólidos a los tratamientos quimioterápicos y nuevas terapias dirigidas.

#### Revisión del tema

El seguimiento de la respuesta de las neoplasias sólidas a la quimioterapia y a las terapias dirigidas es complejo ya que existen numerosas formas de reacción tumoral ante la amplia gama de arsenal terapéutico del que se dispone en la actualidad. Hemos revisado la última actualización de los criterios RECIST, los criterios Choi y los criterios iRECIST y los hemos ejemplificado con

imágenes de pacientes de nuestro hospital, indicando los pasos a seguir desde la medición de las lesiones hasta la elaboración de los resultados. Los criterios estandarizados de valoración de la respuesta terapéutica ayudan a guiar al paciente a lo largo de su proceso oncológico y sirven de base para proporcionar datos fiables que puedan ser utilizados en los ensayos clínicos de nuevos fármacos para el tratamiento de tumores sólidos.

### Conclusiones

- Es fundamental estandarizar la evaluación de la respuesta de los tumores sólidos con vistas a mantener o suspender el tratamiento, evitando toxicidades y gastos innecesarios.
- La valoración de la respuesta de las neoplasias sólidas en base a criterios validados y aceptados científicamente reduce la variabilidad interobservador y facilita la interpretación de los resultados tanto en la práctica clínica diaria como en los ensayos clínicos.

### RES0159 FORMAS ATÍPICAS DE PANCREATITIS CRÓNICA

*María Dolores Rabadán Caravaca<sup>1</sup>, Antonio José García Salguero<sup>1</sup>, Jesús Parejo Santaella<sup>1</sup>, Elena Moya Sánchez<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Radiodiagnóstico

<sup>2</sup> Hospital General de Baza. Radiodiagnóstico

### Objetivo docente

- Conocer los hallazgos radiológicos característicos de las formas atípicas de pancreatitis crónica.
- Destacar la importancia del diagnóstico diferencial con el carcinoma pancreático.

### Revisión del tema

El alcohol es la causa más frecuente de pancreatitis crónica en nuestro medio, pero hemos de tener en cuenta otras etiologías que si bien pueden ser infrecuentes no deberían pasar desapercibidas, como son las formas atípicas, entre las que destacan la autoinmune, paraduodenal o del surco, hereditaria y tropical.

La pancreatitis autoinmune se produce por infiltración linfoplasmocitaria asociada a fibrosis pancreática. Los elementos clave que la identifican son la ausencia de episodios agudos, elevación de marcadores inmunológicos como IgG4 y reversibilidad tras tratamiento con corticoides. Los cambios morfológicos que ocurren en esta entidad son en cierto modo inversos a los que aparecen clásicamente en la pancreatitis crónica, destacando un aumento difuso del tamaño de la glándula con estrechamiento del sistema ductal, por lo que las pruebas de imagen van a tener un papel crucial en su diagnóstico.

La pancreatitis del surco se engloba en la actualidad dentro de otra entidad llamada pancreatitis paraduodenal, que incluye patologías que tienen en común la presencia de dilatación ductal, quistes en la pared duodenal y tejido pancreático hamartomatoso a nivel del surco.

La pancreatitis hereditaria es una enfermedad autosómica dominante multigénica que suele manifestarse como episodios agudos en la infancia con inicio de la enfermedad crónica desde adolescencia a edad adulta. Es característica la ausencia de factores predisponentes salvo historia familiar.

La pancreatitis tropical cursa con rápido desarrollo de pancreatitis severa, siendo característica la presencia de grandes cálculos intraductales. Existe una mayor predisposición en países como Asia, África, Sudamérica e India. Al igual que la anterior aparece a edades tempranas.

Todas estas patologías pueden presentarse de forma focal y existen hallazgos radiológicos que nos orientarán en su diferenciación con procesos malignos como el carcinoma pancreático.

### Conclusiones

- Las pruebas de imagen van a tener un importante papel diagnóstico en las formas atípicas de pancreatitis crónica, tanto en la detección de los signos característicos de cada entidad, como en su diferenciación con el carcinoma pancreático.
- El radiólogo podrá orientar inicialmente el diagnóstico de pancreatitis crónica atípica basándose en los datos clave de cada forma, pero en ocasiones será necesaria la biopsia para concluir el diagnóstico.

### RES0160 EL AMPLIO ESPECTRO DE LA PERFORACIÓN DEL TRACTO GASTROINTESTINAL; HALLAZGOS EN TC

*Carmen Martínez Huertas<sup>1</sup>, Ana Milena Muñoz<sup>2</sup>, Antonio Bueno Palomino<sup>1</sup>, Ana Carrillo Colmenero<sup>1</sup>, Paula Pérez Naranjo<sup>2</sup>, María Gracia Arrebola Pascual<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Complejo Hospitalario de Jaén. Radiología

<sup>2</sup> Hospital Campus de la salud Granada. Radiología

### Objetivo docente

- Revisar las principales causas de perforación del tracto gastrointestinal.
- Conocer los principales signos en TC que permiten confirmar el diagnóstico, localizar el sitio de la perforación y su causa.

### Revisión del tema

La perforación del tracto gastrointestinal es una situación encontrada con frecuencia en la práctica clínica y constituye una situación emergente que requiere una actuación quirúrgica inmediata. La etiología es muy variada e incluye principalmente neoplasias, enfermedad ulcerosa, procesos inflamatorios, traumatismos y causas yatrogénicas

La TC se considera la principal prueba de imagen para confirmar la existencia de la misma, y tratar de localizar el sitio y la causa de la perforación, que en ocasiones pueden condicionar la decisión de realizar laparoscopia o cirugía abierta.

Los principales hallazgos que pueden ayudarnos a encontrar el sitio de la perforación son la localización del aire libre y de burbujas de gas extraluminal agrupadas, la discontinuidad focal o

el engrosamiento segmentario de la pared intestinal, así como los cambios en la densidad de la grasa perivisceral y la localización de colecciones líquidas.

### Conclusiones

La perforación del tracto gastrointestinal constituye una situación clínica emergente que requiere un diagnóstico y tratamiento rápido, siendo la TC la modalidad de imagen de elección para tratar de determinar la localización y la causa de la misma, las cuales pueden condicionar la actitud terapéutica.

### RES0162 ESTUDIO DE LA PATOLOGÍA DEL CARDIAS

*Ane Ibáñez Zubiarrain, María Isusi Fontán, Gonzalo Lecumberri Cortés, María Victoria Barcena Robredo, Eider Alcalde Odriozola, Naroa Nates Uribe*

*Hospital Universitario de Basurto. Radiodiagnóstico*

#### Objetivo docente

Estudio de las anomalías y enfermedades más comunes de la unión esofagogástrica (UEG) mediante estudios baritados y tomografía computarizada (TAC).

Describir las complicaciones quirúrgicas de la hernia de hiato. Conocer los cambios de la nueva clasificación TNM para el adenocarcinoma

#### Revisión del tema

La UEG es de difícil evaluación radiográfica por los cambios morfológicos durante la deglución, es por ello importante conocer la anatomía y la patología del esófago distal. Esta zona anatómica está implicada en multitud de procesos muy comunes en la práctica clínica diaria.

##### Entre ellos destacamos

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) que es la enfermedad inflamatoria más frecuente del esófago.

La hernia de hiato y sus principales complicaciones como las volvulaciones, los tipos de cirugía, los cambios secundarios a la misma y sus complicaciones.

La acalasia trastorno motor más conocido de la UEG existiendo otras enfermedades simuladoras con características radiológicas similares denominada Seudoacalasia.

El adenocarcinoma es el cáncer más frecuente de la unión E-G. La UICC establece algunos cambios en la revisión de la 8ª clasificación TNM según la localización del epicentro del tumor reduciendo a dos la clasificación de Siewert.

Los estudios baritados nos permiten un estudio dinámico de la UEG y resultan de gran interés para el estudio de las anomalías funcionales y complicaciones.

EL TAC es complementario en el estudio de algunas de las complicaciones de la hernia de hiato y para la evaluación de la extensión locoregional y a distancia de la enfermedad maligna.

### Conclusiones

- Debido a la alta frecuencia de la patología de la UEG el radiólogo necesita identificarla anatomía normal de la unión esofagogástrica y sus continuos cambios durante la deglución y la morfología del cardias normal y patológico.
- Resulta necesario conocer la cirugía de la hernia de hiato y sus complicaciones, ya que nuestra implicación puede ser de gran ayuda para el cirujano.

### RES0163 REVISIÓN ANATÓMICA MEDIANTE TC DEL PERITONEO Y RETROPERITONEO

*Carmen Martínez Huertas<sup>1</sup>, Ana Carrillo Colmenero<sup>1</sup>, Ana Milena Muñoz<sup>2</sup>, Sara Sánchez Talavera<sup>1</sup>, Paula Pérez Naranjo<sup>2</sup>, María Gracia Arrebola Pascual<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Complejo Hospitalario de Jaén. Radiología

<sup>2</sup> Hospital campus de la salud Granada. Radiología

#### Objetivo docente

- Realizar un repaso anatómico de los espacios abdominales.
- Identificar mediante TC los espacios peritoneales y retroperitoneales para poder realizar un diagnóstico diferencial basado en la ubicación de los procesos patológicos.

#### Revisión del tema

El peritoneo es una fina membrana serosa formada una capa de epitelio simple, el mesotelio, y una capa de tejido conectivo laxo. Se divide en peritoneo parietal que recubre la pared abdominal y peritoneo visceral que recubre las vísceras y órganos, siendo la cavidad peritoneal el espacio potencial que queda entre ambos, donde se alojan los órganos abdominales. Los ligamentos peritoneales, el omento y el mesenterio dividen al peritoneo en dos compartimentos, saco mayor y saco menor.

El mesocolon transversal divide al peritoneo en compartimento supramesocólico e inframesocólico, siendo también los espacios paracólico y pélvico espacios peritoneales.

El retroperitoneo se divide en tres compartimentos, el espacio pararenal posterior rodeado por el peritoneo parietal posterior, el espacio pararenal anterior, rodeado por la fascia transversalis y el espacio perirrenal, rodeado por la fascia perirrenal.

### Conclusiones

Muchas condiciones patológicas presentan características inespecíficas por imagen y el conocimiento de las relaciones anatómicas y los procesos patológicos del peritoneo son esenciales para llegar a un diagnóstico preciso. La TC con reconstrucciones coronales y sagitales permite delinear con precisión la anatomía del peritoneo y extensión de la enfermedad, siendo esencial para el radiólogo comprender dichos espacios y los ligamentos y mesenterios que forman sus límites para localizar procesos patológicos en espacios particulares y formular un correcto diagnóstico diferencial en base a esa ubicación.

**RES0164 LEIOMIOMAS UTERINOS, CUANDO LAS COSAS SE COMPLICAN**

Marina Conangla-Planes, Miguel Ángel Ríos Vives,  
Marta Vera Cartas, Xavier Merino Casabiel,  
Susana Gispert Herrero, Sarai Roche Vallès

Hospital Universitario de la Vall d'Hebrón. Radiodiagnóstico

**Objetivo docente**

Los leiomiomas son tumores frecuentes, habitualmente benignos y no complicados. Pueden generar dudas durante las exploraciones urgentes, cuando coinciden con patología pélvica, o cuando tienen un aspecto atípico o degenerado. Conocer claramente sus variantes, complicaciones y especialmente detectar signos de alarma es el objetivo de este poster educativo.

**Revisión del tema**Definición:

Neoplasias benignas de origen muscular liso constituidas por células musculares lisas y cantidades variables de tejido fibroso. Representan la lesión uterina sólida más frecuente.

Epidemiología:

Mujeres en edad fértil (prevalencia hasta 70% a los 50 años). Involucionan en la menopausia. Responsables del 30% de las histerectomías. Más frecuentes en raza negra.

Tipos:

- Histopatológico: Típico, Atípico y Leiomiomasarcoma.
- Anatómico: Submucoso, Intramural y Subseroso.

Clínica:

Suelen ser asintomáticos, aunque pueden presentarse en forma de sangrado uterino anormal, esterilidad, masa pélvica o dolor pélvico agudo en caso de degeneración o infarto.

Técnicas:

Aunque la ecografía TV es la primera aproximación por imagen, la RM pélvica es la técnica más sensible/específica. El TC queda reservado en el contexto de urgencias.

Complicaciones:

- Degeneración: Pueden crecer y superar la angiogénesis, conllevando distintos tipos de degeneración: hialina, quística, mixoide y roja (embarazadas).
- Torsión/necrosis: Más frecuente en los miomas pediculados.
- Degeneración sarcomatosa. La transformación sarcomatosa de un leiomioma es rara; la mayoría de leiomiomasarcomas surgen de forma independiente. La utilidad de la RM para diferenciar un leiomioma degenerado de un leiomiomasarcoma no está correctamente establecida.

Diagnóstico diferencial:

Incluye la adenomiosis, la contracción miometrial focal, los tumores anexiales y el leiomiomasarcoma uterino.

**Conclusiones**

Los leiomiomas son la neoplasia ginecológica benigna más común. Es importante estar familiarizado con sus posibles presentaciones, así como sus complicaciones más habituales, tanto para tratarlos en caso de que sea necesario como para diferenciarlos de otras patologías más agresivas.

**RES0165 LITIASIS "CAÍDAS" EN EL ABDOMEN COMO COMPLICACIÓN TRAS LAS COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICAS Y MANIFESTACIONES RADIOLÓGICAS**

Carlos Luque Revelles, Sara Barranco Acosta,  
María del Carmen Pérez García, Antonio José García Salguero,  
Jesús Parejo Santaella

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Radiodiagnóstico

**Objetivo docente**

- Conocer la epidemiología de estas complicaciones postquirúrgicas y describir los diferentes hallazgos radiológicos que podemos encontrar en función de cómo se comporten y dónde se localicen las litiasis dentro de la cavidad peritoneal.
- Describir brevemente su manejo terapéutico y el diagnóstico diferencial de esta complicación postquirúrgica.

**Revisión del tema**

Las colelitiasis abandonadas en la cavidad abdominal son un hecho frecuente tras las colecistectomías por vía laparoscópica, pero en la mayoría de las ocasiones no producen sintomatología. Su principal manifestación patológica es la formación de abscesos en el abdomen, si bien también pueden causar colecciones no infectadas, infecciones de la pared abdominal o fístulas en el tubo digestivo, entre otras.

Las complicaciones pueden darse desde el postoperatorio hasta meses o incluso años tras la cirugía, por lo que para su correcto diagnóstico es fundamental tener una alta sospecha clínica.

**Conclusiones**

- El abandono de litiasis y el derrame biliar en la cavidad abdominal son complicaciones que han aumentado progresivamente a medida que se ha ido implantando el abordaje laparoscópico en las colecistectomías.
- Aunque infrecuentes, las complicaciones pueden ser muy variadas, de forma que es fundamental para el radiólogo el conocimiento de historia clínica y quirúrgica del paciente para el correcto diagnóstico y tratamiento.

**RES0166 ACTUALIZACIÓN EN EL MANEJO RADIOLÓGICO DEL CARCINOMA DE PÁNCREAS: DIAGNÓSTICO, ESTADIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO**

María Dolores García Roa, Ángela Salmerón Ruiz,  
Patricia Virginia García Pérez, Carmen Garrido Moreno,  
Genaro López Milena, Antonio Medina Benítez

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Radiodiagnóstico

**Objetivo docente**

Describir los hallazgos por imagen en el diagnóstico y estadificación del carcinoma de páncreas, así como los criterios radiológicos de reseccabilidad. Conocer la utilidad de las pruebas radiológicas en el seguimiento de esta enfermedad tras el tratamiento neoadyuvante y quirúrgico. Con este fin, se revisan las guías clínicas actualizadas.

**Revisión del tema**

El adenocarcinoma de páncreas es el segundo tumor digestivo más frecuente. Hasta un 50% de los pacientes presentan enfermedad metastásica al diagnóstico y sólo en el 10-20% de los casos es posible la cirugía. La supervivencia a los 5 años es del 5-6%.

La primera prueba diagnóstica realizada suele ser la ecografía. La estadificación se puede realizar con TC, de elección, o RM, que presentan igual sensibilidad y especificidad (aunque la RM tiene mayor sensibilidad en la valoración de las metástasis hepáticas). La ecoendoscopia asociada a PAAF se emplea para la confirmación diagnóstica en el caso de irreseccabilidad.

Existen varios sistemas de clasificación de estos pacientes, destacando el sistema TNM del AJCC y el propuesto por la NCCS, que destaca los criterios radiológicos de infiltración vascular y clasifica estas neoplasias como resecable, borderline resecable, localmente avanzada irreseccable o diseminada.

Es de especial importancia el estado clínico del paciente de cara al tratamiento y la valoración de marcadores tumorales durante el seguimiento.

Las pruebas de imagen, fundamentalmente la TC, también se emplean en el estudio de esta patología tras el tratamiento neoadyuvante, orientado a infraestadificar el tumor, aumentar la probabilidad de márgenes negativos y retrasar la progresión, aunque su sensibilidad es baja, y en el seguimiento postquirúrgico para la valoración de recidivas.

**Conclusiones**

La TC es la prueba de elección para la estadificación del adenocarcinoma de páncreas y el seguimiento tras la cirugía. Sin embargo, la TC presenta una baja sensibilidad en la evaluación de la respuesta tras la neoadyuvancia.

### RES0167 PATRONES DE FLUJO NORMALES Y PATOLÓGICOS DE LA ARTERIA HEPÁTICA, VENA PORTA Y VENAS HEPÁTICAS MEDIANTE ECOGRAFÍA DOPPLER

*Carlos Luque Revelles, María Dolores Rabadán Caravaca, Antonio José García Salguero, Sara Barranco Acosta, María del Carmen Pérez García, Jesús Parejo Santaella*

*Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Radiodiagnóstico*

**Objetivo docente**

- Repasar aspectos generales de la ecografía Doppler y sus modalidades, haciendo hincapié en cómo interpretar correctamente el Doppler espectral.
- Describir y analizar la morfología de la onda espectral de los tres vasos principales hepáticos en situación fisiológica y patológica, conociendo qué patologías intra y extrahepáticas modifican su flujo normal.

**Revisión del tema**

El Doppler espectral nos aporta información acerca de la velocidad y la dirección del flujo vascular, pero también gracias a

su morfología podemos conocer datos como la hemodinámica del vaso estudiado y la resistencia vascular periférica.

La arteria hepática es un vaso de baja resistencia. Si bien el aumento de su índice de resistencia (IR) es inespecífico cuando disminuye su IR debemos estar alerta por la posible existencia de patología estenótica proximal o de fístulas arteriovenosas distales, entre otros cuadros. El análisis mediante el Doppler de la vena porta y sus ramas es muy importante a la hora de establecer signos de hipertensión portal o descartar la presencia de trombosis o compresión extrínseca del sistema venoso portal. El flujo de las venas suprahepáticas tiene una morfología tetrafásica. La pérdida de fasicidad de la onda típica nos informa no sólo de patología que afecta a las estructuras hepáticas sino también de patología cardiaca, especialmente la insuficiencia cardiaca derecha.

**Conclusiones**

La ecografía Doppler es una herramienta muy accesible y que aporta información muy valiosa acerca de la hemodinámica vascular. Una adecuada interpretación del flujo de los tres principales vasos hepáticos mediante ecografía Doppler nos acerca al diagnóstico de múltiples patologías tanto intra como extrahepáticas de una manera rápida, inocua y sin necesidad de pruebas adicionales.

### RES0169 TUMORES DE INTESTINO DELGADO.

#### ¿QUÉ SE DEBE Y DÓNDE HAY QUE BUSCAR?

*Irene Jiménez Sosa, Marta Elena Gómez Gil, Juan Antonio Hernández Ponce, Xiomara Plasencia Cruz, Natalia Lilian Mylonás Leegstra, Tania Rodríguez Méndez*

*Hospital Universitario de Canarias. Radiodiagnóstico*

**Objetivo docente**

Conocer los diferentes tipos de tumores de intestino delgado y analizar sus características en las diferentes técnicas de imagen para su correcta identificación.

**Revisión del tema**

Se realiza una revisión bibliográfica y se exponen las diferentes técnicas de estudio del tubo digestivo, describiendo sus limitaciones y virtudes. Se enumeran los tipos de tumores benignos y malignos más frecuentes de intestino delgado, se explican sus características y hallazgos específicos en las distintas técnicas de imagen, haciendo hincapié en su localización, morfología y asociaciones, que facilitan un correcto diagnóstico diferencial entre las mismas.

Se presentan imágenes de TC y RM de casos clínicos de nuestro centro hospitalario.

**Conclusiones**

Los tumores de intestino delgado son infrecuentes y su localización dificulta su valoración por otras técnicas, por lo que es importante que el radiólogo conozca los hallazgos en imagen. Esto permite

realizar una correcta aproximación diagnóstica y valoración de afectación secundaria, ya que suelen diagnosticarse en estadios avanzados.

### RES0170 ¿SABEMOS LO QUE COMEMOS? BEZOAR COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Sara Barranco Acosta, Álvaro Moyano Portillo, María del Carmen Pérez García

*Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Radiodiagnóstico*

#### Objetivo docente

- Describir las características radiológicas de los bezoares en las distintas pruebas de imagen.
- Exponer los datos clínicos del paciente que pueden predisponer a su desarrollo.

#### Revisión del tema

Los bezoares son sustancia solidificadas formadas por material exógeno pobremente digerido, generalmente derivados de frutas y vegetales (fitobezoares). Frecuentemente se hallan en el estómago, pero pueden pasar al intestino delgado y producir obstrucción mecánica. Su formación se ha relacionado con alteraciones en la motilidad gástrica, cirugías gastrointestinales e hipotiroidismo. Existe una variante denominada tricobozoar, secundaria a la ingesta de cabello, que suele presentarse en pacientes con enfermedad mental.

Aunque la radiografía simple de abdomen sirve para detectar la obstrucción, raramente consigue mostrar el propio bezoar.

La TC no sólo permite diagnosticar la obstrucción intestinal por la presencia del bezoar impactado, sino que puede detectar las complicaciones derivadas de la obstrucción, como perforación o isquemia intestinal, y ayudar a determinar las causas predisponentes.

Las opciones de tratamiento disponibles para el bezoar gástrico incluyen la ingestión de Coca-Cola®, la utilización de dispositivos endoscópicos y el tratamiento quirúrgico.

Los bezoares intestinales generalmente requieren un abordaje quirúrgico ya que los pacientes suelen debutar con cuadros de obstrucción intestinal e íleo.

#### Conclusiones

Si bien la obstrucción intestinal por bezoares es una entidad infrecuente, deberíamos de tenerlo en cuenta en pacientes con determinados factores predisponentes, fundamentalmente cirugías gastrointestinales.

La caracterización del bezoar y sus posibles complicaciones por parte del radiólogo permite decidir un tratamiento dirigido para los mismos.

### RES0172 INTERPRETACIÓN DE ESTUDIOS POSTQUIRÚRGICOS DE CIRUGÍAS DE COLON.

#### ¿QUÉ ES NORMAL Y QUÉ NO?

Irene Jiménez Sosa, Juan Antonio Hernández Ponce, Marta Elena Gómez Gil, Tania Rodríguez Méndez, Daniel Rodríguez Martín

*Hospital Universitario de Canarias. Radiodiagnóstico*

#### Objetivo docente

Conocer las cirugías de colon más frecuentes, las alteraciones de la anatomía tras las mismas para saber identificarlas y diferenciarlas de las complicaciones postquirúrgicas.

#### Revisión del tema

Se realiza una revisión bibliográfica y se analizan las características principales de distintas cirugías de colon como: resección abdominoperineal, resección anterior, intervención de Hartmann y resecciones segmentarias. Se exponen sus indicaciones, protocolo quirúrgico y los cambios postquirúrgicos no patológicos tras las mismas. Se describen las complicaciones más habituales, tales como: sobreinfección, dehiscencia de suturas, fistulas, obstrucción o hallazgos sugestivos de recidiva en casos con antecedentes de patología tumoral. Así mismo, se explican los protocolos por TC más adecuados según la sospecha clínica. Se presentan imágenes de tomografía computerizada de nuestro centro hospitalario.

#### Conclusiones

El contacto con estudios de imagen de pacientes intervenidos quirúrgicamente es frecuente y su valoración adquiere una dificultad añadida debido a los cambios en la anatomía normal. Es importante que el radiólogo sepa identificar y diferenciar los hallazgos patológicos de los que no lo son, ya que de ello puede depender en gran medida tanto el manejo terapéutico como el pronóstico de dichos pacientes.

### RES0173 CARACTERIZANDO EL INCIDENTALOMA QUÍSTICO PANCREÁTICO. NUEVAS GUÍAS EN SU MANEJO

Antonio José García Salguero, Jesús Parejo Santaella, Carlos Luque Revelles, Álvaro Moyano Portillo

*Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Radiodiagnóstico*

#### Objetivo docente

- Definir las características radiológicas de importancia que condicionan el manejo y actuación ante una lesión quística pancreática incidental.
- Recomendaciones actuales según la evidencia científica disponible para su manejo en función de las características del paciente y hallazgos radiológicos.

#### Revisión del tema

Las lesiones quísticas pancreáticas asintomáticas puestas de manifiesto en estudios realizados por otra causa son cada vez



más frecuentes, y su manejo supone un problema bastante "irritante", sobre todo considerando que más del 50% de las mismas corresponden con lesiones neoplásicas (si bien es cierto que lo más habitual es que sean benignas o de bajo grado).

En muchas ocasiones, estas lesiones no pueden caracterizarse de manera concluyente, bien sea por su pequeño tamaño o por sus rasgos indeterminados. Así pues, es de gran importancia tener en cuenta el contexto clínico y epidemiológico en la evaluación de estas lesiones, lo que, junto con las características de la imagen, nos dará la clave para su mejor tratamiento y/o seguimiento.

En este trabajo se pretenden recoger las recomendaciones basadas en la evidencia científica disponible con el fin de orientar en el manejo de esta patología.

### Conclusiones

- La evidencia disponible acerca del manejo de las lesiones quísticas incidentales del páncreas es escasa, siendo necesarios estudios prospectivos para comprobar la fiabilidad de las guías propuestas.
- Para conseguir un manejo óptimo se ha de valorar siempre, junto con las características radiológicas, la historia clínica y el contexto epidemiológico del paciente.

### RES0174 LUCES Y SOMBRAS DE LA FISIOLÓGIA DEGLUTORIA: HALLAZGOS EN LA VIDEOFUOROSCOPIA

*Eduard Casanovas Navarro, Beatriz Consola Maroto, Marcos Costilla Frías, Antoni Malet Munté, Carlota Cano Rodríguez, Amalia Gonzalez López*

*Consorci Sanitari Parc Taulí. Radiodiagnóstico*

#### Objetivo docente

La videofluoroscopia es considerada el método radiológico de referencia para el estudio de la deglución. En este trabajo se pretende describir la técnica de realización de la videofluoroscopia y valorar los hallazgos normales y patológicos.

#### Revisión del tema

La videofluoroscopia es un método de evaluación sencillo y de gran utilidad para la valoración de disfagia orofaríngea. Este estudio dinámico permite observar la fisiología deglutoria en las fases oral, faríngea y esofágica.

En el presente trabajo se desarrollarán los conceptos básicos y se aportarán consejos útiles sobre la técnica de realización de la videofluoroscopia.

Para la interpretación de las imágenes, es imprescindible conocer la anatomía normal, fases de la deglución y mecanismos de protección de la vía aérea. Con este objetivo, se aportarán esquemas y se ilustrarán los hallazgos normales. También se ilustrarán los hallazgos patológicos relevantes (alteración en la propulsión del bolo alimentario, acumulación de contraste en valléculas, aspiración o penetración...).

Un diagnóstico preciso de la disfunción en la deglución orientará al clínico y logopeda a indicar un tratamiento rehabilitador adecuado.

### Conclusiones

El conocimiento de la técnica de videofluoroscopia, mecanismo de deglución normal y los hallazgos patológicos, permitirán el diagnóstico de disfagia orofaríngea funcional y, por consiguiente, elegir y evaluar estrategias de rehabilitación adecuadas.

### RES0175 CARCINOMATOSIS PERITONEAL ¿ES TAN COMPLICADA DE EVALUAR COMO CREEMOS? UNA GUÍA PRÁCTICA PARA FACILITAR NUESTRO DÍA A DÍA

*Ana Belén Veas López<sup>1</sup>, María del Carmen Alcántara Zafra<sup>1</sup>, Sandra Sánchez Jiménez<sup>2</sup>, María del Carmen Gutiérrez Sánchez<sup>2</sup>, Miguel Ruiz Marín<sup>2</sup>, Plácida Alemán Díaz<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Hospital General Universitario Reina Sofía. Radiología

<sup>2</sup> Hospital General Universitario Reina Sofía. Cirugía General y Digestiva

#### Objetivo docente

- Exponer las diferentes formas de expresión de la carcinomatosis peritoneal.
- Ofrecer una guía didáctica con los puntos clave para detectar y valorar su gravedad.

#### Revisión del tema

La carcinomatosis peritoneal es un mecanismo de diseminación metastásica de los tumores malignos al peritoneo. La distribución de la enfermedad se relaciona con la circulación del fluido peritoneal a lo largo de rutas anatómicas y las zonas de éstasis temporal del mismo. Este flujo y las características anatómicas del peritoneo influyen en la distribución de la carcinomatosis. Las localizaciones más frecuentes de la siembra peritoneal son el fondo de saco de Douglas, el mesenterio distal próximo a la unión ileocecal, el mesocolon sigmoides, la gotiera parietocólica derecha, el espacio de Morrison y el área subdiafrágica derecha.

La TC es una técnica útil para detectar la presencia, localización y extensión de la carcinomatosis peritoneal. La RM representa una técnica alternativa para su estudio, pero no se realiza de forma rutinaria por su menor disponibilidad.

Entre los hallazgos radiológicos se encuentran:

- Ascitis: No siempre está presente. Puede ser loculada.
- Implantes peritoneales: habitualmente lesiones de partes blandas que según su morfología y distribución aparecen como nódulos, masas, placas y lesiones infiltrantes de la serosa peritoneal, del omento mayor y/o mesenterio. Respecto a su composición, estos pueden ser sólidos, quísticos, mixtas o calcificaciones.
- Otros hallazgos: obstrucción intestinal, fístulas...

La evaluación exhaustiva de estos signos genera un score o índice de Sugarbaker basado en la localización y tamaño de las lesiones que está relacionado con el pronóstico y permite valorar la posible resección quirúrgica y la monitorización postratamiento.

**Conclusiones**

La adecuada comprensión de la compleja anatomía peritoneal, los modos de propagación tumoral y el conocimiento de los hallazgos en imagen ayudan a mejorar la detección del compromiso peritoneal en pacientes con neoplasias malignas.

**RES0176 ENFERMEDAD CELIACA. EL PAPEL DE LA RADIOLOGÍA**

*Ana Belén Veas López, Sandra Sánchez Jiménez, María del Carmen Alcántara Zafra, Eduardo Alias Carrascosa, Renzo Javier Andrade Gonzales, Plácida Alemán Díaz*

*Hospital General Universitario Reina Sofía. Radiología*

**Objetivo docente**

Revisar el manejo de la enfermedad celiaca, realizando especial énfasis de la relevancia del radiólogo en el diagnóstico.

Describir e ilustrar los hallazgos radiológicos de la enfermedad celiaca.

**Revisión del tema**

La enfermedad celiaca es un trastorno crónico, que afecta principalmente a intestino delgado, inducido en individuos genéticamente susceptibles tras de la ingestión de proteínas del gluten.

Las estimaciones de la prevalencia de enfermedad celiaca en la población varían ampliamente, pero la mayoría de los estudios publicados estiman una prevalencia entre 0,5% y 1,0%; sin embargo, muchos pacientes tienen enfermedad celiaca no reconocida y se estima un retraso de diez años en el diagnóstico debido al amplio espectro de síntomas que presentan.

Las manifestaciones clínicas y los estudios serológicos pueden sugerir el diagnóstico, para ello el clínico debe mantener un nivel elevado de sospecha si quiere diagnosticar la enfermedad. El diagnóstico definitivo viene determinado por la biopsia intestinal. La radiología tiene un papel complementario, en pacientes no respondedores a la dieta exenta en gluten, para detectar complicaciones u otros diagnósticos intercurrentes.

La radiografía simple de abdomen es inespecífica. Los estudios baritados tampoco proporcionan datos específicos, aunque puede revelar distorsión del patrón mucoso, interrupción de la columna de bario, dilatación y dilución del bario, con "patrón en nevada". El dolor es una característica clínica común de la enfermedad celiaca y en muchas ocasiones indicación de TC. Los hallazgos radiológicos en TC incluyen duodenitis, dilución, dilatación, floculación, adenopatías, inversión del patrón de pliegues yeyunal e invaginación transitoria de intestino delgado.

**Conclusiones**

La identificación de las manifestaciones radiológicas permitirá sugerir el diagnóstico de enfermedad celiaca y con ello iniciar el tratamiento para prevenir la significativa morbilidad y el aumento de la mortalidad asociadas al retraso en el diagnóstico.

**RES0177 LESIONES QUIÍSTICAS PANCREÁTICAS DE IMPORTANCIA CLÍNICA**

*Antonio José García Salguero, María Dolores Rabadán Caravaca, María del Carmen Pérez García, Sara Barranco Acosta*

*Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Radiodiagnóstico*

**Objetivo docente**

- Conocer las características clínicas y epidemiológicas de las principales lesiones quísticas pancreáticas en la práctica clínica.
- Determinar las características radiológicas en las diferentes pruebas de imagen (ecografía y EUS, TC, RM) de las principales lesiones quísticas del páncreas, su manejo y tratamiento.

**Revisión del tema**

Las lesiones quísticas del páncreas son relativamente infrecuentes, no obstante, en los últimos años, probablemente por el envejecimiento de la población y el uso generalizado y la mejora de pruebas de diagnóstico por imagen, se ha producido un aumento de su detección, muchas en pacientes asintomáticos.

Frecuentemente se plantean problemas para el diagnóstico y la diferenciación entre lesiones no neoplásicas y neoplásicas (así como entre benignas y malignas) debido al amplio abanico de diagnóstico diferencial y las características inespecíficas con las muchas veces que se presentan. Dado que la identificación no se logra en todas las ocasiones, son necesarias pautas para el seguimiento y tratamiento.

En este trabajo definimos las características epidemiológicas, clínicas, radiológicas y el manejo terapéutico de las lesiones quísticas pancreáticas más habituales en la práctica clínica.

**Conclusiones**

- Las lesiones quísticas pancreáticas son relativamente infrecuentes, sin embargo, suelen plantear problemas en su diagnóstico, lo que obliga al radiólogo a conocer y caracterizar lo mejor posible las mismas y, sobre todo, a diferenciar lesiones potencialmente agresivas.
- En muchas ocasiones, el manejo quirúrgico y/o seguimiento de estas lesiones, sobre todo las neoplásicas premalignas o potencialmente malignas, no está bien definido, por lo que se necesitan más estudios prospectivos.

**RES0178 PAPEL DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN EL ESTUDIO DE LAS MASAS ANEXIALES BENIGNAS: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

*Silvia Llaverias Borrell, Elena Serrano, Anna Gallart Ortuño, Jacopo Ciampa, Tomas Salaya, Vicenç Querol Borrás*

*HUSC. Diagnóstico por Imagen*

**Objetivo docente**

1. Ilustrar los hallazgos de imagen RM para la caracterización de masas anexiales benignas.

- Definir los criterios de RM para el diagnóstico diferencial entre lesiones benignas y malignas.
- Describir el algoritmo diagnóstico y protocolo técnico.

### Revisión del tema

Ante la sospecha de una masa anexial, la técnica inicial de estudio es la ecografía. Cuando los hallazgos clínico-ecográficos sean equívocos, la RM adquiere un papel esencial permitiendo un diagnóstico preciso en la mayoría de lesiones benignas. Entre sus ventajas destacamos su alto contraste tisular (grasa, sangre y fibrosis) y la ausencia de radiación ionizante. La TC se usa para el estadiaje preoperatorio en el caso de lesiones malignas.

La mayor parte de masas anexiales ecográficamente indeterminadas acaban siendo lesiones benignas, por lo que un diagnóstico previo puede evitar cirugías inapropiadas. En el caso más reducido de lesiones malignas, la realización de una RM es una opción diagnóstica mucho "mejor" que la estrategia tradicional del "wait and watch".

Presentamos una revisión ilustrativa con una serie de casos, todos ellos con comprobación histológica, que servirán para describir las características morfológicas y de señal en cada entidad, familiarizándonos con esta técnica de imagen. Incluimos quistes ováricos funcionales, hemorrágicos, paraováricos y peritoneales, endometriomas, teratomas, enfermedad inflamatoria pélvica (hidrosalpinx y absceso tubo-ováricos), torsión ovárica, embarazo ectópico, y lesiones neoplásicas con cistoadenomas seroso, mucinoso y cistoadenofibroma, fibrotecomas y leiomiomas subserosos.

### Conclusiones

La RM juega un papel esencial en la valoración de las masas anexiales ecográficamente indeterminadas, ya que aumenta la precisión diagnóstica y permite un diagnóstico definitivo preciso en la mayoría de estas lesiones benignas.

La incorporación de la RM en los algoritmos diagnósticos incide positivamente en la toma de decisiones terapéuticas, reduciendo las cirugías innecesarias o inapropiadas y ayudando a su correcta planificación.

### RES0179 ¿QUÉ DEBE CONOCER EL RADIÓLOGO SOBRE LOS TUMORES TESTICULARES? DIAGNÓSTICO, ESTADIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO

María Dolores Rabadán Caravaca<sup>1</sup>, Álvaro Moyano Portillo<sup>1</sup>, Eduardo Ochando Pulido<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Radiodiagnóstico

<sup>2</sup> Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Servicio de Radiodiagnóstico

#### Objetivo docente

- Describir las características ecográficas de los tumores testiculares en el momento del diagnóstico.
- Detallar el proceso radiológico a seguir para su correcta estadificación.

- Exponer una propuesta de seguimiento radiológico útil para los pacientes afectos.

### Revisión del tema

La ecografía constituye un elemento fundamental para el diagnóstico de las neoplasias testiculares. Debemos de conocer el diagnóstico diferencial cuando abordamos estas lesiones que muchas veces, por el contexto clínico en el que se presentan, no son fáciles de caracterizar inicialmente.

La TC y la RM permiten determinar el estadio de la enfermedad, presentando ambas una sensibilidad y especificidad similares. Sin embargo, la RM tiene la ventaja de no exponer al enfermo a radiaciones ionizantes lo que puede ser importante ya que muchos de estos cánceres se desarrollan en pacientes jóvenes.

El seguimiento de estos pacientes se ha realizado tradicionalmente mediante TC, aunque se plantea alternar la ecografía con la TC para disminuir la dosis de radiación recibida, manteniendo unos parámetros de validez y seguridad aceptables.

### Conclusiones

- El radiólogo puede dar una aproximación inicial bastante acertada del tipo de tumor testicular y su extensión de acuerdo con los hallazgos en las distintas pruebas de imagen.
- El seguimiento radiológico del tumor testicular es importante debido a que permite controlar la estabilidad o progresión de la enfermedad; sería conveniente incorporar modalidades de imagen no basadas en radiaciones ionizantes, como la ecografía, con el fin de disminuir la dosis de radiación acumulada.

### RES0180 FORMAS ATÍPICAS DE PANCREATITIS CRÓNICA

María Dolores Rabadán Caravaca<sup>1</sup>,

Antonio José García Salguero<sup>1</sup>, Jesús Parejo Santaella<sup>1</sup>,

Elena Moya Sánchez<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Radiodiagnóstico

<sup>2</sup> Hospital General de Baza. Radiodiagnóstico

#### Objetivo docente

- Conocer los hallazgos radiológicos característicos de las formas atípicas de pancreatitis crónica.
- Destacar la importancia del diagnóstico diferencial con el carcinoma pancreático.

### Revisión del tema

El alcohol es la causa más frecuente de pancreatitis crónica en nuestro medio, pero hemos de tener en cuenta otras etiologías que si bien pueden ser infrecuentes no deberían pasar desapercibidas, como son las formas atípicas, entre las que se encuentran la autoinmune, paraduodenal o del surco, hereditaria

y tropical.

Los elementos clave que identifican a la pancreatitis autoinmune son la ausencia de episodios agudos, elevación de marcadores inmunológicos como IgG4 y reversibilidad tras tratamiento con corticoides. Los cambios morfológicos que ocurren en esta entidad son en cierto modo inversos a los que aparecen clásicamente en la pancreatitis crónica, por lo que las pruebas de imagen van a tener un papel crucial en su diagnóstico.

Por su parte la pancreatitis del surco se engloba en la actualidad dentro de otra entidad llamada pancreatitis paraduodenal, que incluye patologías que tienen en común la presencia de tejido fibrótico a nivel del surco pancreatoduodenal.

La pancreatitis hereditaria y la tropical aparecen a edades tempranas y se caracterizan por la ausencia de factores predisponentes y aparición precoz de cálculos intraductales, con rápida progresión de la enfermedad pancreática.

Todas estas patologías pueden presentarse de forma focal y existen hallazgos radiológicos que nos orientarán en su diferenciación con procesos malignos como el carcinoma pancreático.

### Conclusiones

- Las pruebas de imagen van a tener un importante papel diagnóstico en las formas atípicas de pancreatitis crónica, tanto en la detección de los signos característicos de cada entidad, como en su diferenciación con el carcinoma pancreático.
- El radiólogo podrá orientar inicialmente el diagnóstico de pancreatitis crónica atípica basándose en los datos clave de cada forma, pero en ocasiones será necesaria la biopsia para concluir el diagnóstico.

### RES0184 NEUMATOSIS INTESTINAL, MÁS ALLÁ DE LA ISQUEMIA INTESTINAL

*Pablo Sadaba Sagredo, Iruñe Pérez Arroyuelos, Silvia López Romero, Gorka del Cura Allende, Ainize Cancho Salcedo, Elena Lángara García-Echave*

*Hospital Galdakao. Radiodiagnóstico*

#### Objetivo docente

Revisar la neumatosis intestinal como signo radiológico, desde un hallazgo incidental sin significación patológica hasta un signo de gravedad en la isquemia intestinal aguda.

#### Revisión del tema

La neumatosis intestinal (NI) se define como la presencia de gas en la pared del intestino delgado o del colon. No se trata de una enfermedad sino de un signo radiológico. Su diagnóstico no siempre es fácil, siendo en ocasiones difícil diferenciarlo de pequeñas burbujas que se disponen periféricamente entre las heces y la pared intestinal.

La patogenia de la NI es multifactorial, pudiendo provenir el gas de la luz intestinal, estar producido por bacterias o más difícil de entender, proceder de los pulmones.

La causa más frecuente de NI en un paciente con abdomen agudo es la isquemia intestinal, por lo que frecuentemente asociamos la NI con enfermedad grave, tratándose en muchos casos de un hallazgo incidental.

Se han descrito múltiples causas benignas de NI, entre las que se incluye la neumatosis cistoides, una forma invariablemente benigna, que se caracteriza por imágenes polipoideas rellenas de gas.

Ante el hallazgo de NI debemos distinguir entre un origen benigno, para lo cual es fundamental la correlación clínica, o un origen isquémico. En este segundo caso, la presencia de neumatosis portal o de gas en venas mesentéricas harán más probable el diagnóstico de infarto transmural.

### Conclusiones

La neumatosis intestinal es un hallazgo infrecuente que, aunque puede asociarse a enfermedad grave, muchas veces es de origen benigno, por lo que su manejo debe basarse en su correlación con la historia clínica, la exploración física y la analítica.

### RES0187 HALLAZGOS RADIOLÓGICOS EN ENFERMEDAD VASCULAR HEPÁTICA

*María Ángeles Valero González, Ana Milena Muñoz, Yolanda Núñez Delgado, Paula Pérez Naranjo, Macarena Eisman Hidalgo, Paloma García Villanova Ruiz*

*Hospital Universitario San Cecilio. Radiología*

#### Objetivo docente

Describir los principales procesos patológicos y variantes de la normalidad de tipo vascular que asientan sobre el hígado sano y cirrótico. Identificar patrones de realce por tercer aporte y shunts.

#### Revisión del tema

Se describen los principales procesos patológicos que asientan en la vasculatura hepática: portal, como trombosis portal, transformación cavernomatosa y trombo tumoral; en arteria hepática, tales como trombosis, transformación aneurismática y sangrados activos; y del sistema de drenaje por venas suprahepáticas (síndrome de Budd Chiari) y vena cava (trombosis tumoral). Se describen también procesos variantes de la normalidad, como la existencia de pseudolesiones por tercer aporte y fenómenos de shunts portosistémicos y arteriportales.

### Conclusiones

Los procesos vasculares hepáticos tanto patológicos como variantes de la normalidad, que asientan sobre hígados sanos o cirróticos, son extremadamente frecuentes en la práctica clínica diaria del radiólogo, por lo que es necesario conocerlos y evitar errores diagnósticos, especialmente identificando como lesiones focales realces fisiológicos, variantes de la normalidad.

### RES0191 LA IMPORTANCIA DE RECONOCER LOS TUMORES TESTICULARES DE RESTOS ADRENALES. CLAVES DIAGNÓSTICAS

María del Castillo García Martínez, Rafaela Muñoz Carrasco

Hospital Universitario Reina Sofía. Radiodiagnóstico

#### Objetivo docente

Revisar los hallazgos ecográficos de los tumores testiculares de restos adrenales y familiarizarnos con las entidades que se relacionan con su aparición.

Incrementar nuestro nivel de sospecha para realizar un diagnóstico correcto.

#### Revisión del tema

Las glándulas adrenales y las gónadas comparten un origen embriológico común. Es por ello que en los testículos pueden encontrarse células adrenales ectópicas en el 7.5-15% de los recién nacidos y en el 1.5% de los adultos.

Habitualmente estos restos adrenales son asintomáticos, pero pueden aumentar de tamaño formando masas ante situaciones que cursan con una elevación de la hormona ACTH como ocurre en la hiperplasia suprarrenal congénita. También se han descrito en las enfermedades de Cushing, Addison y síndrome de Nelson. La apariencia ecográfica de los tumores testiculares de restos adrenales, o hiperplasia de restos adrenales en el testículo, es variable y pueden simular tumores malignos. Suelen ser masas hipoecogénicas mal delimitadas, múltiples y bilaterales, localizadas cerca del mediastino testicular. Con el doppler muestran ligera mayor vascularización que el testículo adyacente normal.

Debe evitarse realizar biopsia ya que estas lesiones pueden ser confundidas con un tumor de células de Leydig.

El tratamiento es con corticoides, disminuyendo de tamaño en la mayoría de los casos.

Revisamos los hallazgos ecográficos de los tumores testiculares de restos adrenales diagnosticados en nuestro servicio en pacientes con hiperplasia suprarrenal congénita por déficit de 21 hidroxilasa.

#### Conclusiones

En un contexto clínico adecuado el radiólogo puede sugerir el diagnóstico de esta entidad, guiando el manejo adecuado y evitando procedimientos innecesarios como biopsias y orquiectomías.

### RES0192 TUMORES DE COLISIÓN OVÁRICOS. UN DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO ES POSIBLE

Luis Barbera López, Rafaela Muñoz Carrasco, Andrea Fernández Miralbell, Manuel Ruza Pérez-Barquero

<sup>1</sup> Hospital Universitario Reina Sofía. Radiodiagnóstico

#### Objetivo docente

Revisar los tumores de colisión ováricos y sus hallazgos

radiológicos con objeto de realizar un diagnóstico preoperatorio correcto.

#### Revisión del tema

Los tumores de colisión representan la coexistencia de dos tumores contiguos en un órgano, histológicamente distintos y sin mezclarse entre ellos.

Se han descrito tumores de colisión en distintas localizaciones: suprarrenales, pulmón, gastrointestinales, útero... pero son infrecuentes en el ovario. Se desconoce el mecanismo patogénico. En la mayoría de los casos, los tumores de colisión ováricos están compuestos de un teratoma, por lo general un teratoma quístico maduro, y un cistoadenoma o cistoadenocarcinoma, habitualmente del tipo mucinoso, pero son posibles otras muchas combinaciones histológicas aunque con menor frecuencia (teratoma y tumor de células de la granulosa, cistoadenocarcinoma y sarcoma...).

La apariencia radiológica en las diferentes técnicas de imagen dependerá de los tipos histológicos. De modo que cuando una masa ovárica presente hallazgos no del todo justificados para un único tipo histológico, especialmente en casos de teratoma, debe sospecharse un tumor de colisión. De este modo, la existencia de hallazgos típicos de teratoma asociados a un componente quístico septado o un componente sólido deben alertarnos sobre este tipo de tumores.

Con casos de nuestro servicio realizamos una revisión de los hallazgos radiológicos de estos tumores.

#### Conclusiones

El conocimiento de este tipo de tumores y su presentación radiológica es clave para realizar un diagnóstico correcto. La posibilidad de un tumor de colisión puede sugerirse cuando una masa ovárica tiene hallazgos que no pueden ser justificados únicamente con un único tipo de tumor, habitualmente un teratoma.

### RES0193 ACTOR SECUNDARIO EL BAZO: PATOLOGÍA ADQUIRIDA

Aurora Bolívar Puente, Rafaela Muñoz Carrasco, Cristina Pulido Carmona, José Ignacio Cortés García, María del Castillo García Martínez, Juan Mesa Quesada

Hospital Universitario Reina Sofía. Unidad de Gestión Clínica de Radiodiagnóstico

#### Objetivo docente

Dentro de la radiología abdominal, el estudio de la patología esplénica suele encuadrarse en un "segundo nivel" respecto al de otros órganos. Este hecho puede ser debido a su aparente inespecificidad semiológica y —en frecuentes ocasiones— escasa relevancia clínica.

El objetivo de este trabajo es exponer la importancia de un adecuado conocimiento del bazo así como revisar y describir el espectro de su patología adquirida, dado que este órgano puede verse afectado por lesiones y enfermedades sistémicas cuyo

pronóstico viene determinado por un diagnóstico específico y precoz.

### Revisión del tema

Aunque en numerosas ocasiones la patología adquirida del bazo es de poca gravedad y radiológicamente inespecífica, existen tumores y enfermedades sistémicas potencialmente mortales que pueden afectarle. Asimismo, en ocasiones la afectación esplénica es el primer hallazgo detectado en patologías sistémicas como tuberculosis o sarcoidosis.

A través de casos de nuestro hospital realizamos una revisión y estudio sistemático de la patología adquirida del bazo empleando las principales técnicas de imagen (ecografía, TC y RM), dividiendo dicha patología en diferentes categorías en función de su naturaleza y origen: vascular (infarto y aneurisma), quística (quiste simple y quiste hidatídico), inflamatoria (absceso, microabscesos fúngicos, infecciones granulomatosas y sarcoidosis), tumoral (neoplasias linfoides, neoplasias no hematolinfoides, metástasis y sarcoma) y miscelánea (cuerpos de Gamna-Gandy y enfermedad de Gaucher).

### Conclusiones

El radiólogo debe conocer la apariencia normal, particularidades radiológicas y hallazgos patológicos del bazo, con el objeto de discernir de forma adecuada cuándo éstos son realmente inespecíficos e irrelevantes o por el contrario subyacen a enfermedades y lesiones de importancia clínica.

### RES0194 REVISIÓN DE LA HERNIA INGUINAL Y SU DIAGNÓSTICO POR IMAGEN

*Isabel María González Moreno, Enrique Girela Baeza, Elena Parlorio de Andrés, Irene Cases Susarte, María Jesús Gayán Belmonte, Irene García Tuells*

*Hospital Universitario Morales Meseguer. Radiodiagnóstico*

### Objetivo docente

Revisar el papel de la imagen en la hernia inguinal, haciendo hincapié en la anatomía regional y en la utilidad de la técnica ecográfica por su capacidad dinámica.

### Revisión del tema

La hernia inguinal es una de las patologías quirúrgicas más prevalentes, con un diagnóstico clásicamente clínico. Probablemente por ello los radiólogos no suelen estar habituados a su manejo y evaluación. Existen varios escenarios en los que la exploración física es insuficiente para un diagnóstico preciso, destacando la discordancia entre la sintomatología del paciente y los hallazgos exploratorios (como ocurre en casos de dolor inguinal crónico y en las hernias ocultas). La TC, la ecografía y, en menor medida, la RM son las técnicas utilizadas hoy día en esos casos. Nos centraremos en la ecografía ya que nos permite explorar en tiempo real la reductibilidad de la hernia con maniobras dinámicas y, a la vez, tipificarla y determinar su tamaño y posibles

complicaciones. También repasaremos ampliamente la anatomía de la región inguinal y la técnica ecográfica, fundamentales para alcanzar altos niveles de sensibilidad y especificidad diagnósticas. Por último, comentaremos brevemente las entidades con las que debemos realizar el diagnóstico diferencial de la región inguinal.

### Conclusiones

La imagen tiene un papel importante en casos dudosos de hernia inguinal, destacando la ecografía como método de imagen inicial por su capacidad dinámica. Sin embargo, para obtener su máxima rentabilidad y hacer un apropiado diagnóstico diferencial, es necesario conocer detalladamente la anatomía y la técnica ecográfica.

### RES0195 ESTUDIO DE LA PIELONEFRITIS XANTOGRANULOMATOSA POR ECO Y TC

*Mario Fernández Conesa, Paula Pérez Naranjo, Jose Antonio Miras Ventura, Carlos Martínez Martínez, Felipe Santiago Briones Bajaña, Ana Milena Muñoz*

*PTS Campus De La Salud. Radiodiagnóstico*

### Objetivo docente

Conocer los hallazgos radiológicos de la pielonefritis xantogranulomatosa para realizar un buen diagnóstico diferencial en el paciente con pielonefritis crónica.

### Revisión del tema

La pielonefritis xantogranulomatosa es una forma atípica de pielonefritis crónica, caracterizada por la destrucción del parénquima renal y sustitución por un infiltrado crónico de macrófagos cargados de lípidos, que pueden invadir el espacio retroperitoneal simulando procesos neoplásicos. Es por ello por lo que, aunque es una entidad rara que constituye el 1% de las pielonefritis crónicas, es importante establecer un diagnóstico diferencial, siendo de gran relevancia los hallazgos radiológicos de la ecografía y la Tomografía Computarizada (TC). La TC constituye el método diagnóstico ideal, permitiéndonos determinar la magnitud de afectación parenquimatosa, la extensión extrarrenal y su asociación a neoplasia.

### Conclusiones

El diagnóstico prequirúrgico de pielonefritis xantogranulomatosa comprende un abordaje clínico, de laboratorio y por imagen. Es una entidad que puede simular procesos inflamatorios, infecciosos y neoplásicos, por lo que es de gran importancia establecer un diagnóstico diferencial. Desde el punto de vista radiológico, la TC nos permite realizar un estudio completo y llegar a un diagnóstico, siendo fundamental para el manejo y tratamiento del paciente.

### RES0196 BUSCANDO EN EL BAÚL DE LOS DE LOS RECUERDOS: UTILIDAD ACTUAL DE LOS ESTUDIOS BARITADOS DEL TUBO DIGESTIVO SUPERIOR

Aitana Palomares Morales, Celia Astor Rodríguez,  
Rubén Giovanetti González, Carmen Nieves Cereceda Pérez,  
Mónica Bernabéu Rodríguez, Fátima Ximena Aragón Tejada

Hospital Virgen De La Salud. Radiodiagnóstico

#### Objetivo docente

- Realizar una revisión de las indicaciones y contraindicaciones actuales de los estudios baritados del tubo digestivo alto: esofagogramas y esófago-gástrico-duodenales (EGD).
- Ilustrar con ejemplos de nuestra institución algunas de las principales indicaciones.
- Mostrar la utilidad actual del esofagograma en pacientes con reflujo gastroesofágico.
- Mostrar la utilidad de los EGD en pacientes post-quirúrgicos.

#### Revisión del tema

Las indicaciones de los estudios baritados son numerosas: en el caso de los esofagogramas, se incluyen desde pacientes con historia de disfagia persistente, trastornos de la motilidad, sospechas de perforación o cuerpo extraño, y pacientes post-quirúrgicos, para descartar fugas o deshiscencias de sutura.

Los estudios EGD se reservarían para pacientes con sospecha de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), hernia hiatal, enfermedad ulcerosa péptica, y neoplasias gástricas o duodenales, entre otros.

En junio de 2018 la revista "Abdominal Imaging", se habla de la utilidad de estos estudios con especial énfasis en la utilidad para pacientes con ERGE y post-quirúrgicos.

Los estudios baritados del esófago permiten detectar anomalías morfológicas en pacientes con ERGE, evaluar la deglución, la motilidad, y la presencia de reflujo.

La presencia de estenosis, anillos o membranas esofágicas, así como de hernias, se puede determinar mejor con ellos. Además, se ha visto una correlación entre los resultados de la manometría, y los hallazgos por imagen de estudios baritados en pacientes con dismotilidad.

Sin embargo, la pHmetría sigue siendo lo más específico para la evaluación del reflujo, y sólo aquellos con alto volumen de reflujo en estudios baritados, tendrían reflujo patológico.

Por otra parte, para los cirujanos especializados en el esófago y área EGD siguen siendo importantes para la planificación quirúrgica, la detección de complicaciones tempranas post-quirúrgicas, y como seguimiento a largo plazo.

#### Conclusiones

Los estudios baritados del tubo digestivo superior siguen siendo una herramienta diagnóstica de gran valor para los cirujanos, y complementan a la endoscopia en múltiples entidades.

### RES0198 MALFORMACIONES UTERINAS: HALLAZGOS RADIOLÓGICOS

María Ruiz Martín, Jose Antonio Alonso López,  
Susana Bahamonde Cabria, Beatriz Bañares González,  
Manuel Fajardo Puentes, Blanca Esther Viñuela Rueda

Complejo Asistencial Universitario de Palencia. Radiodiagnóstico

#### Objetivo docente

1. Describir el desarrollo embriológico normal de los conductos mullerianos.
2. Reconocer las anomalías uterinas congénitas más habituales y clasificarlas de forma correcta.
3. Comprender el significado clínico de cada patología y realizar recomendaciones sobre pruebas de imagen complementarias o sobre tratamiento.

#### Revisión del tema

La verdadera incidencia de anomalías congénitas uterinas no es completamente conocida habiendo estudios que oscilan entre valores comprendidos entre 1:10 hasta 1:1600. Aproximadamente un 25% de estas mujeres asocian problemas reproductivos. Su forma de presentación más habitual consiste en la existencia de amenorrea primaria e infertilidad, en el grupo de pacientes en edad reproductiva, aunque también se pueden manifestar mediante complicaciones obstétricas tales como nacimiento pretérmino, parto prolongado, retención placentaria, retraso del crecimiento intrauterino y abortos espontáneos de repetición.

La histerosalpingografía es habitualmente indicada en los estadios iniciales de un estudio de infertilidad y puede sugerir la presencia de una malformación, pero es necesario el uso de ecografía y RM para diferenciar los detalles anatómicos y determinar otras anomalías asociadas, como renales.

La RM se conoce como la prueba de imagen de elección.

Una vez diagnosticada la existencia de una malformación, debe clasificarse correctamente dado que el tratamiento de las mismas y la repercusión clínica varía entre unas y otras.

El sistema de clasificación más comúnmente empleado es el sistema de clasificación de la Sociedad Americana de Medicina reproductiva.

#### Conclusiones

Los conocimientos embriológicos son de ayuda para la comprensión de las malformaciones uterinas.

Es necesario conocer los hallazgos de las malformaciones uterinas mediante el empleo de técnicas de imagen para poder clasificarlas de forma correcta y poder así determinar su posterior tratamiento.

## RES0200 TRATAMIENTO ENDOVASCULAR POR RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA DEL ANGIOMIOLIPOMA RENAL

Daniel Martín Rodríguez, Ignacio González García, Pierre Charles Marie Lemercier, Heliodoro Vallés González, Xiomara Plasencia Cruz, Alba Alonso de León

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Radiodiagnóstico

### Objetivo docente

Revisar e ilustrar el manejo por radiología intervencionista de los angiomiolipomas renales (AMLs).

### Revisión del tema

El angiomiolipoma es la masa renal sólida benigna más frecuente. Es un tumor de origen mesenquimatoso en el que coexisten en proporciones variables tejido adiposo, tejido muscular liso y vasos sanguíneos dismórficos propensos al desarrollo de aneurismas y sangrados.

La hemorragia retroperitoneal espontánea o síndrome de Wunderlich cuando se asocia a shock hipovolémico es la complicación más grave de los AMLs renales.

Las unidades de radiología intervencionista intervienen tanto en el tratamiento preventivo como en los casos de hemorragia espontánea de los AMLs consiguiendo ocluir el componente vascular y producir necrosis del tumor.

El radiólogo intervencionista dispone de múltiples agentes embolizantes para disminuir el aporte sanguíneo del AML (coils, polivinil alcohol, cianoacrilato...).

### Conclusiones

El tratamiento endovascular por radiología intervencionista de los angiomiolipomas renales logra Resultados óptimos con escasas complicaciones.

## RES0201 UTILIDAD DE LA TCMD EN LA PATOLOGÍA DE LA PARED ABDOMINAL

Vicente Navarro Aguilar<sup>1</sup>, Alexandre Pérez Gírbes<sup>1</sup>, Carmen Ballester Vallés<sup>1</sup>, Adela Batista Domenech<sup>1</sup>, Asunción Torregrosa Andrés<sup>1</sup>, José Pamies Guilabert<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital Universitari i Politènic La Fe. Àrea Clínica de Imagen Mèdica

<sup>2</sup> Hospital Arnau de Vilanova

### Objetivo docente

Mostrar la eficacia de la TCMD en la valoración y diagnóstico de la patología de la pared abdominal.

Ilustrar los diferentes tipos de hernias (según la reciente clasificación de la European Hernia Society) y las complicaciones derivadas de las mismas.

Conocer qué información es relevante en la planificación quirúrgica de hernias y eventraciones y cómo optimizar los protocolos de adquisición y postproceso de la imagen para proporcionar esa información.

### Revisión del tema

La TCMD es muy eficaz en la detección de las hernias y su diferenciación de otros procesos que pueden simularlas, permite su clasificación con un alto valor predictivo positivo y es fundamental en la valoración de las complicaciones derivadas de la propia hernia y postoperatorias. Los equipos multidetectores de última generación permiten una rápida adquisición, obteniendo imágenes multiplanares y reconstrucciones tridimensionales de alta definición anatómica que permiten cuantificar el número, la medida de los orificios herniarios, el volumen en las grandes eventraciones, así como valorar el estado de la musculatura abdominal y su vascularización. Los estudios dinámicos en maniobra de Valsalva, ofrecen una mejor valoración del contenido y volumen del saco herniario, minimizando los falsos negativos.

### Conclusiones

La TCMD, dado su elevado detalle anatómico, rapidez de adquisición y capacidad de obtener imágenes funcionales multiplanares y tridimensionales, es la técnica de elección para la valoración de la patología de la pared abdominal, la planificación quirúrgica y el diagnóstico de las complicaciones herniarias y postquirúrgicas.

## RES0202 EVOLUTIVO DE ESOFAGITIS POR CÁUSTICOS

Irene María López García, Lara Martínez González, Marta María Valle Franco, Francisco José Somalo Alfaro, Constanza Camila Torrez Villarroel, María Cristina Rodríguez Morejón

Complejo Asistencial Universitario de León. Radiodiagnóstico

### Objetivo docente

Describir los hallazgos radiológicos que encontraremos en un paciente con ingesta de cáusticos y el daño que éste ocasiona en el tubo digestivo. Plantear el orden de pruebas complementarias a solicitar, así como la posible clínica y el abanico de posibilidades terapéuticas.

### Revisión del tema

La ingesta de cáusticos tiene una incidencia en torno a 38,7 casos/100.000 hab. Destaca en niños por ingesta accidental y en pacientes psiquiátricos con fines autolíticos.

Las lesiones en el tubo digestivo se clasifican:

- Lesiones de primer grado: edema y eritema de la mucosa.
- Lesiones de segundo grado: afectación de capas submucosa-muscular, úlceras profundas y lesiones exudativas. Reparación cicatricial y estenosis (8 primeras semanas).
- Lesiones de tercer grado: afectación transmural y perforación de la pared.

Afectación histológica según tipo de cáustico: álcalis cáusticos (pH 11,5 y 14) dan necrosis por licuefacción y ácidos cáusticos (pH 0 y 2) dan necrosis coagulativa.

### Clínicamente:

- Quemazón oral, hipersalivación, exudados blanquecinos y úlceras



- Disfagia, odinofagia, dolor torácico, náuseas y vómitos.
- Estenosis esofágica, gástrica o duodenal con “estómago de retención” (náuseas, vómitos, saciedad precoz y pérdida de peso).
- Perforación (mediastinitis y peritonitis), distrés respiratorio, neumonías por aspiración, fístulas traqueoesofágicas.
- Carcinoma epidermoide de esófago (período de latencia mayor).

Las pruebas complementarias a solicitar:

1. Analítica completa y gasometría.
2. Radiografías de tórax y abdomen: signos de perforación (neumomediastino, neumotórax o neumoperitoneo), infiltrados pulmonares, derrame pleural.
3. TC contraste oral e IV: extensión de las lesiones y complicaciones.
4. Endoscopia digestiva: diagnóstico, pronóstico y terapéutico.
5. Tránsito intestinal con gastrografín (Contraste yodado hidrosoluble).

El tratamiento: vía aérea permeable, fluidoterapia, analgesia, antibioterapia, corticoterapia y nutrición parenteral. Importante NO dar carbón activado por provocar emésis y riesgo de aspiración. Dilataciones endoscópicas con balón para estenosis focales. Finalmente, cirugía (gastrectomía subtotal, total o plastias).

### Conclusiones

La ingesta de cáusticos ocasiona hallazgos radiológicos concretos que debemos conocer y es importante tener claro las pruebas complementarias a solicitar.

### RES0203 ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA: AUMENTO DE CASOS POR ABDOMEN AGUDO EN MUJERES JÓVENES

*Felipe Santiago Briones Bajaña, Paula Pérez Naranjo, Mario Fernández Conesa, Carlos Martínez Martínez, Jose Antonio Miras Ventura, Ana Milena Muñoz*

*PTS Campus de la Salud. Radiodiagnóstico*

#### Objetivo docente

La EPI constituye un cuadro a distinguir dentro de la patología pélvica femenina urgente, aunque en su gran parte basta su diagnóstico con parámetros clínicos, analíticos y tratamiento domiciliario correspondiente, y son justamente aquellos cuadros que no consiguen mejoría con el tratamiento previo las que forman parte de nuestro estudio. Los hallazgos mediante imagen pueden ser muy variables y constituyen una herramienta fundamental para conocer y permitir un tratamiento invasivo en el caso que sea necesario.

#### Revisión del tema

EPI es la terminología que se emplea para referirse a la infección del endometrio, trompas y ovarios bien sea de uno o ambos lados, produciéndose en ocasiones la extensión de la infección a estructuras pélvicas adyacentes. En gran parte están

implicados la *Neisseria gonorrhoeae* y la *Chlamydia trachomatis*, aunque también pueden ser polimicrobianas. La EIP es una de las afecciones más comunes en la mujer sexualmente activa, afectando a aproximadamente 1 millón de mujeres al año a nivel mundial, se presenta generalmente con síntomas inespecíficos y en 1/3 de los casos las mujeres son asintomáticas.

### Conclusiones

Es importante la correlación de la clínica y analítica junto con los criterios diagnósticos para llegar a una valoración adecuada. De manera conjunta entran en juego las herramientas diagnósticas por nuestra parte como son la ecografía, constituyendo la prueba inicial seguida del TC o RM. Es a partir de estos estudios de imagen que vamos a establecer los distintos hallazgos para una correcta evaluación.

### RES0204 PANCREATITIS AGUDA EN LA EDAD PEDIÁTRICA

*Greicy Muniz da Silva<sup>1</sup>, Ricardo González Amador<sup>2</sup>, Ana Oliva Martí<sup>1</sup>, Esther García Rodríguez<sup>1</sup>, Ady Mildred Viveros Castaño<sup>1</sup>, Guiomar Piqué Rey<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> *Hospital de Tortosa Verge de la Cinta. Radiodiagnóstico*

<sup>2</sup> *Hospital de Tortosa Verge de la Cinta. Pediatría*

#### Objetivo docente

Conocer el desarrollo embriológico, la anatomía normal del páncreas y las características morfológicas propias de la edad pediátrica.

Identificar los principales hallazgos radiológicos en la pancreatitis aguda en edad pediátrica.

#### Revisión del tema

La pancreatitis aguda (PA) es una enfermedad de variada presentación clínica, desde cuadros leves y autolimitados, hasta cuadros complicados que pueden evolucionar hasta el fallo multiorgánico y la muerte. La pancreatitis es menos común en niños que en adultos y es más probable que sea aguda en lugar de crónica. Las causas más comunes de pancreatitis aguda en niños incluyen traumatismo abdominal cerrado (incluido trauma abdominal abusivo), infección viral y toxicidad del medicamento. Usualmente, se presenta con dolor abdominal de inicio súbito con elevación de la amilasa y lipasa sanguínea en por lo menos 3 veces su valor normal; dolor que puede estar irradiado al epigastrio, a los cuadrantes superior derecho e izquierdo y a la espalda; y que puede estar acompañado de náuseas y el vómito. La presencia de ictericia o incremento en las aminotransferasas hace sospechar un compromiso de la vía biliar.

Es importante conocer las diferentes técnicas de diagnóstico por imagen, principalmente la ecografía por ser la más solicitada y adecuada para el estudio inicial de dichas alteraciones. En muchos casos permite realizar el diagnóstico y adecuado seguimiento, y también determina qué pacientes se beneficiarán de otras pruebas de imagen (RM, CPRE, TC), cuyas características se describen.

## Conclusiones

La PA representa un desafío importante para las distintas especialidades médicas involucradas en su manejo, ya que la práctica actual se basa completamente en el enfoque histórico y la extrapolación de estudios en adultos.

Las alteraciones pancreáticas en niños son relativamente frecuentes, siendo fundamental para diagnosticar la PA tener conocimiento previo del desarrollo embriológico y la anatomía normal del páncreas y las características morfológicas propias de la edad pediátrica.

## RES0206 NEOPLASIA DE COLON, PAPEL DEL TC

*Laura Abenza Oliva<sup>1</sup>, Plácida Alemán Díaz<sup>2</sup>, María del Carmen Ojados Hernández<sup>2</sup>, Ana Belén López Veas<sup>2</sup>, Eduardo Alias Carrascosa<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. Radiología

<sup>2</sup> Hospital General Reina Sofía. Radiología

### Objetivo docente

- Conocer los hallazgos radiológicos en estudios de tomografía de la neoplasia de colon.
- Hacer el diagnóstico diferencial con patologías que condicionan engrosamiento de la pared del colon.

### Revisión del tema

La TC permite evaluar la pared del colon así como los tejidos pericólicos y estructuras adyacentes y por lo tanto es una técnica muy sensible para demostrar patología colónica intramural así como su extensión extramural. Existen diversas patologías (inflamatorias, infecciosas, neoplásicas, vasculares y iatrogénicas) que pueden causar engrosamiento de la pared del colon en TC. A pesar de que los hallazgos de imagen de estas patologías pueden solaparse ampliamente, existen distintos parámetros cuya evaluación permite al radiólogo realizar un diagnóstico diferencial más preciso. Estos parámetros incluyen: la localización y extensión de la afectación (focal, segmentaria o difusa), la apariencia del engrosamiento parietal (grado de engrosamiento, engrosamiento circunferencial simétrico vs asimétrico y patrón de atenuación del mismo) y la presencia de anomalías perientéricas y a distancia asociadas.

## Conclusiones

El conocimiento de la historia natural de la enfermedad neoplásica con sus formas de diseminación tanto local como a distancia, así como de las complicaciones sistémicas de un contexto neoplásico son básicos para la correcta valoración de los hallazgos radiológicos.

Además, la TC juega un papel importante en la evaluación de pacientes con distintos tipos de patología colónica con la que debemos hacer el diagnóstico diferencial, debido a su capacidad para valorar con exactitud la pared del colon así como las estructuras adyacentes.

## RES0208 HEMORRAGIA RENAL COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO EN URGENCIAS: VALORACIÓN MEDIANTE TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA

*Ana Milena Muñoz<sup>1</sup>, Yolanda Núñez Delgado<sup>1</sup>, María Ángeles Valero González<sup>2</sup>, Laura Díaz Rubia<sup>2</sup>, Carlos Martínez Martínez<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Hospital Universitario Campus de la Salud. Radiodiagnóstico

<sup>2</sup> Hospital Universitario San Cecilio. Radiodiagnóstico

### Objetivo docente

Nuestro objetivo principal es describir el papel de la tomografía axial multidetector computarizada (TCMD) urgente en la evaluación del hematoma renal como causa de abdomen agudo. Revisamos los hallazgos radiológicos necesarios para su clasificación y manejo terapéutico.

### Revisión del tema

Desglosamos las principales causas de hemorragia renal entre las que debemos valorar los traumatismos, la iatrogenia y los sangrados espontáneos cuya causa más frecuente se debe a lesiones tumorales de base.

El estudio de elección en urgencias para la evaluación de la causa del hematoma renal, su extensión y clasificación es la tomografía axial multidetector computarizada (TCMD) realizando estudio multifásico, incluyendo una fase sin contraste, una fase arterial para evaluar la posible presencia de lesión vascular, una fase nefrográfica para evaluar las lesiones del parénquima renal y una fase tardía para evaluar el sangrado y las lesiones del sistema colector.

Entre los hallazgos que debemos evaluar están la causa y extensión del hematoma y si existen signos de sangrado activo visualizado como un jet de contraste que sale del vaso sangrante indicativo de que existe extravasación activa.

En función de estos hallazgos se podrá realizar un planteamiento terapéutico ya sea conservador o intervencionista.

Revisamos la bibliografía sobre el tema y detallamos una muestra de los casos realizados en nuestro centro, los hallazgos radiológicos que se evaluaron en el TCMD realizado de urgencias y el manejo terapéutico.

## Conclusiones

La hemorragia renal como causa de abdomen agudo es una patología que requiere para su diagnóstico y evaluación de la realización de pruebas de imagen que permitan determinar su causa, extensión y plantear la mejor opción terapéutica ya que puede llegar a ser un cuadro con potencial morbimortalidad.

## RES0209 CUANDO LA PATOLOGÍA VA MÁS ALLÁ DEL ÚTERO: LEIOMIOMATOSIS INTRAVENOSA

*Ana Oliva Martí<sup>1</sup>, Marta Bonfill Garcín<sup>2</sup>, Esther García Rodríguez<sup>2</sup>, Marta Herrero Redondo<sup>2</sup>, Ady Mildred Viveros Castaño<sup>1</sup>, Greicy Muniz da Silva<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Hospital de Tortosa Verge de la Cinta. Radiodiagnóstico

<sup>2</sup> Hospital Universitari Doctor Josep Trueta. Radiodiagnóstico

### Objetivo docente

Ilustrar las características por imagen de la leiomiomatosis intravenosa y conocer los factores predisponentes y su población

de riesgo, ya que a pesar de tratarse de una entidad rara es importante su diagnóstico precoz para mejorar el pronóstico de las pacientes.

### Revisión del tema

La neoplasia más frecuente en el tracto genital femenino es el leiomioma, que se caracteriza histológicamente por células de músculo liso. El leiomioma intravascular es una rara entidad sin una clara etiología, en la cual encontramos estas células musculares en la luz de venas y vasos linfáticos. La población de riesgo son mujeres de mediana edad con miomas conocidos o histerectomía por este motivo. Las manifestaciones clínicas son variables y dependen, entre otros factores, de la extensión de los hallazgos; las pacientes pueden estar desde asintomáticas hasta presentar clínica de obstrucción venosa o cardíaca. Las técnicas de imagen, principalmente la TC y RM, son fundamentales para hacer un correcto diagnóstico y planificar el tratamiento, que será quirúrgico.

### Conclusiones

A pesar de su rareza e histología benigna, la leiomiomatosis intravenosa presenta un comportamiento agresivo y consecuencias potencialmente fatales. Los radiólogos debemos estar familiarizados con las posibles presentaciones radiológicas que nos permitirán un diagnóstico preciso y rápido, y una óptima planificación del tratamiento.

## RES0212 LIRADS VERSIÓN 2017. UN RESUMEN DE BOLSILLO PARA SIMPLIFICAR SU USO

*Pablo López Ramírez<sup>1</sup>, Ana María Cáceres Valverde<sup>2</sup>,  
María Nieves Bernal Romero<sup>3</sup>,  
Dolores Victoria Guerrero Aguilar<sup>3</sup>,  
Estefanía Benavides Ramírez<sup>3</sup>, Rosario Pérez Rodríguez<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> *Empresa Vithas. Radiodiagnóstico*

<sup>2</sup> *H.A.R Lebríja. Radiodiagnóstico*

<sup>3</sup> *H.A.R Lebríja. T.E.R*

### Objetivo docente

Presentar la última versión del LIRADS (2017) para caracterizar lesiones hepáticas y la estrategia diagnóstico-terapéutica a seguir. Emplear una metodología sencilla para que el radiólogo general pueda utilizar esta clasificación sin perjuicio de un excesivo tiempo o estudio.

### Revisión del tema

LI-RADS establece una lista estructurada de características y criterios de imagen que permiten establecer la probabilidad de benignidad o malignidad de una lesión hepática y asignarle así una categoría de sospecha. Este sistema propone un léxico estandarizado y unas pautas para la elaboración del informe. Existen unos criterios mayores, menores y auxiliares que se repasaran a continuación.

### Conclusiones

LIRADS es un sistema de clasificación que se utiliza solo en pacientes de alto riesgo, que permite asignar una categoría numérica según la sospecha de CHC que hará que varíe el manejo clínico, favoreciendo así la estandarización de informes y la reducción de variabilidad entre observadores, siendo accesible a cualquier radiólogo general.

## RES0213 LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN EL RECIÉN NACIDO

*Ángela Fernández López<sup>1</sup>, Lorenzo Tenorio Tornero<sup>2</sup>,  
Cristina Bravo Bravo<sup>3</sup>, Pascual García Herrera<sup>3</sup>,  
Jenifer Rubio Medina<sup>1</sup>, María del Rosario Pastor Juan<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> *Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Radiodiagnóstico*

<sup>2</sup> *Hospital Carlos Haya. Radiodiagnóstico*

<sup>3</sup> *Hospital Materno-Infantil Carlos Haya. Radiodiagnóstico*

### Objetivo docente

- Reconocer el patrón radiológico de la obstrucción gastrointestinal en el neonato y familiarizarnos con las distintas técnicas diagnósticas empleadas.
- Plantear el manejo del recién nacido obstruido de una manera práctica y sistemática, optimizando el uso de las técnicas de imagen.

### Revisión del tema

La presentación clínica de la obstrucción intestinal del recién nacido es inespecífica, generalmente con vómitos, distensión abdominal y/o retraso en la eliminación del meconio. El estudio se suele empezar con una radiografía simple de abdomen, que en muchas ocasiones nos permite diferenciar entre obstrucción intestinal alta y baja. La ecografía, el tránsito esófago-gastro-duodenal y el enema opaco son otras de las técnicas utilizadas. El diagnóstico diferencial abarca numerosas entidades, entre ellas las atresias, membranas o estenosis, el vólvulo de intestino medio, el íleo meconial o la enfermedad de Hirschsprung. El tratamiento difiere según la causa subyacente (tratamiento conservador, cirugía electiva o incluso cirugía emergente, como es el caso del vólvulo de intestino medio).

### Conclusiones

La obstrucción intestinal es la urgencia abdominal más frecuente en el recién nacido y no es exclusiva de los hospitales pediátricos, de ahí la importancia de que el radiólogo general conozca el proceso diagnóstico y manejo de esta patología.

## RES0214 SISTEMÁTICA EN LA INTERPRETACIÓN DEL TC DE ABDOMEN URGENTE. PAUTAS A-B-C PARA EL RESIDENTE. LO QUE NO SE DEBE PASAR

Pablo López Ramírez<sup>1</sup>, Ana María Cáceres Valverde<sup>2</sup>, Jesús Ángel Marcelino Cuevas<sup>3</sup>, Celia Aguilar Cadenas<sup>3</sup>, Manuel Jesús López Gallego<sup>3</sup>, Ana Isabel Parra Rodríguez<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Centro Vithas. Radiodiagnóstico

<sup>2</sup> H.A.R Lebrija. Radiodiagnóstico

<sup>3</sup> H.A.R Lebrija. T.E.R

### Objetivo docente

Ilustrar de forma sistemática y estandarizada el abordaje de unas de las pruebas más solicitada en el servicio de urgencias y que más dificultad inicial causa a los residentes.

### Revisión del tema

El hecho de que las indicaciones de la radiología convencional estén siendo cada vez más restrictivas por cuestiones científicas y de poca rentabilidad, de que se prescindiera más de la exploración física y el hecho de que en muchos centros la ecografía la suelen realizar especialistas que no pertenecen al área de radiodiagnóstico ha hecho que el TC de abdomen sea una prueba solicitada con relativa frecuencia en urgencias. Ilustraremos con casos las principales patologías que no pueden esperar y una sistemática sencilla para abarcar todas las posibles lesiones. Asimismo, intentaremos dar consejos y pistas para la búsqueda de signos clave.

Básicamente nos centraremos en:

1. Aire libre intraabdominal.
2. Lesiones traumáticas viscerales.
3. Aorta y grandes vasos.
4. Deslustramiento de la grasa intraabdominal (que nos orientaría a proceso inflamatorio).
5. Despistaje de colecistitis, apendicitis, diverticulitis, obstrucción intestinal, isquemia intestinal, cólicos nefríticos complicados.

### Conclusiones

En la radiología actual cada vez está tomando más peso el TC abdominal como prueba utilizada en urgencias. Con una sistemática adecuada es posible descartar aquellas patologías que no puedan esperar una segunda valoración, aportando seguridad al residente o adjunto no acostumbrados a manejar dicha técnica.

## RES0215 CISTOURETROGRAFÍA MICCIONAL SERIADA EN ADULTOS: LA GRAN DESCONOCIDA

María Cristina Ladehesa Pineda, Andrea Fernández Miralbell, María del Castillo García Martínez, Belén Martínez Morillo-Velarde

<sup>1</sup> Hospital Universitario Reina Sofía. Radiodiagnóstico

### Objetivo docente

Realizar una revisión del método diagnóstico, conocer sus principales indicaciones (dificultad para la micción, infecciones recurrentes, hematuria de probable origen uretral, sospecha de fístulas, alteraciones anatómicas, control tras procedimientos

terapéuticos, etc.) y contraindicaciones, el procedimiento a seguir, y saber reconocer y caracterizar las enfermedades más comúnmente diagnosticadas por esta técnica.

### Revisión del tema

La cistouretrografía miccional seriada (CUMS) y la uretrografía retrógrada son las técnicas de imagen de elección utilizadas desde principios del siglo XX para la detección y caracterización de la patología uretral. Ambas poco atractivas dentro de las exploraciones realizadas en un servicio de radiodiagnóstico y casi desconocidas para una gran parte de los radiólogos más jóvenes. Dichas exploraciones aún están vigentes a pesar de los avances en otras técnicas de imagen, ya que ni la ecografía, la TC ni la RM aportan una mayor sensibilidad ni especificidad en el estudio de la patología uretral.

La CUMS y la uretrografía retrógrada aportan también otras ventajas, como su fácil acceso, bajo costo, alta efectividad y el hecho de ser mínimamente invasivas.

### Conclusiones

La realización de una técnica correcta, sumado al conocimiento de las patologías uretrales más comunes, permite al radiólogo ofrecer un diagnóstico acertado evitando estudios más invasivos y/o de mayor complejidad, ya que es nuestro deber ser capaces de realizar una correcta realización de la técnica, conocer su manejo, así como el reconocimiento por imagen de dichas patologías.

## RES0216 LESIONES QUÍSTICAS PANCREÁTICAS: REVISIÓN DE NUESTRA EXPERIENCIA

Margarita Osorio Fernandez

Hospital Universitario Dr.J.Trueta. Radiología

### Objetivo docente

Describir las características clínicas y radiológicas de los diferentes tipos de lesiones quísticas pancreáticas.

Revisar el papel de la imagen en el manejo de las enfermedades quísticas del páncreas.

### Revisión del tema

Las lesiones quísticas se presentan con frecuencia en estudios realizados Tc -Rm, Aproximadamente el 10% de las personas de 70 años de edad o mayores tienen quistes pancreáticos. -La incidencia de quistes pancreáticos asintomáticos en la población general es de aprox. 2,6%. La frecuencia de detección de quistes pancreáticos mediante TC está entre 1,2-2,6% y por resonancia magnética aprox. 20% - (1.2.3.).

La etiología puede variar desde condiciones benignas a procesos premalignos y lesiones malignas definidas. Se necesita una diferenciación precisa entre ellos para ofrecer el tratamiento adecuado. Las herramientas que disponemos para el diagnóstico son a través de la información clínica, las imágenes radiológicas, la ecografía.

### Conclusiones

El conocimiento de las características clínicas y de imagen de

las diferentes lesiones quísticas del páncreas es esencial para un correcto diagnóstico.

Su manejo desde el tto conservador con controles radiológicos a el tto quirúrgico variara en función de los hallazgos radiológicos y la clínica del paciente.

# Radiología Abdominal